Des enfants immigrants en santé : une analyse démographique et géographique

W-98-20F

Audrey Kobayashi, Eric Moore et Mark Rosenberg

Octobre 1998

Canada

101-00392/

Direction générale de la recherche appliquée
Politique stratégique
Développement des ressources humaines Canada

Applied Research Branch
Strategic Policy
Human Resources Development Canada

Des enfants immigrants en santé : une analyse démographique et géographique

W-98-20F

Audrey Kobayashi, Eric Moore et Mark Rosenberg

Octobre 1998

Les opinions exprimées dans les documents de la Direction générale de la recherche appliquée sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Développement des ressources humaines Canada ou du gouvernement fédéral.

The views expressed in Applied Research Branch papers are the authors' and do not necessarily reflect the opinions of Human Resources Development Canada or of the federal government.

■

La série des documents de travail comprend des études analytiques et des travaux de recherche réalisés sous l'égide de la Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique. Il s'agit notamment de recherches primaires, soit empiriques ou originales et parfois conceptuelles, généralement menées dans le cadre d'un programme de recherche plus vaste ou de plus longue durée. Les lecteurs de cette série sont encouragés à faire part de leurs observations et de leurs suggestions aux auteurs.

The Working Paper Series includes analytical studies and research conducted under the auspices of the Applied Research Branch of Strategic Policy. Papers published in this series incorporate primary research with an empirical or original conceptual orientation, generally forming part of a broader or longer-term program of research in progress. Readers of the series are encouraged to contact the authors with comments and suggestions.

Le présent document a été traduit de l'anglais. Bien que la version française ait été préparée avec soin, le document original fait foi./
This document is a translation from English. Although the French version has been carefully prepared, the original document should be taken as correct.

La version anglaise de ce document est disponible sous le titre « Healthy Immigrant Children: A Demographic and Geographic Analysis »./
This paper is available in English under the title "Healthy Immigrant Children: A Demographic and Geographic Analysis."

■

Imprimé/Printed 2000
ISBN: 0-662-84858-6
N° de cat./Cat. No. MP 32-28/98-20F

■

Si vous avez des questions concernant les documents publiés par la Direction générale de la recherche appliquée, veuillez communiquer avec :

Service des publications
Direction générale de la recherche appliquée
Politique stratégique
Développement des ressources humaines Canada
165, rue Hôtel de Ville, Phase II, 7e étage
Hull (Québec) Canada
K1A 0J2

Téléphone : (819) 994-3304
Télécopieur : (819) 953-9077
Courriel : research@spg.org
http://www.hrdc-drhc.gc.ca/dgra

General enquiries regarding the documents published by the Applied Research Branch should be addressed to:

Publications Office
Applied Research Branch
Strategic Policy
Human Resources Development Canada
165 Hôtel de Ville Street, Phase II, 7th floor
Hull, Quebec, Canada
K1A 0J2

Telephone: (819) 994-3304
Facsimile: (819) 953-9077
E-mail: research@spg.org
http://www.hrdc-drhc.gc.ca/arb

Sommaire

Peu d'études ont été menées sur les enfants immigrants et sur leur accès aux services de santé au Canada. Il importe de noter que la recherche qui existe soulève plusieurs questions d'intérêt particulier pour la population immigrante, et la nécessité pressante d'établir des méthodes de politique gouvernementale qui permettront de mettre en place des services accessibles et adaptés à la culture. La présente étude analyse les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) qui ont trait aux enfants immigrants et aux enfants d'immigrants, dans le but de cerner les obstacles que leur présente l'accès aux services sociaux, notamment aux soins de santé, ainsi qu'aux réseaux de services formels et informels.

Les résultats de l'analyse démontrent que, bien qu'il y ait peu d'écart entre le bilan de santé des enfants immigrants et celui des enfants non immigrants, le recours de leurs parents aux soutiens formels et informels diffère considérablement. Les familles des plus récents groupes d'immigrants au Canada établis dans les plus grandes villes canadiennes, dont la majorité sont des minorités visibles, ainsi que celles qui ont le plus bas niveau de compétence dans les deux langues officielles, ont le moins accès aux réseaux à la fois formels et informels. Les familles immigrantes de longue date ont un meilleur accès à ces réseaux, bien que cet accès soit encore moindre que celui des familles non immigrantes. Les familles monoparentales tant immigrantes que non immigrantes, ont le moins accès aux services informels, bien qu'elles utilisent plus fréquemment les services formels. Ces conclusions appuient l'hypothèse selon laquelle les caractéristiques du ménage ont une plus grande incidence sur l'expérience de l'enfant que les caractéristiques propres à l'enfant même, et que les besoins en matière de services sociaux varient de façon importante parmi les groupes immigrants, notamment dans le cas des services de santé, et ce en fonction de la date d'entrée au pays et de l'emplacement géographique.

Le présent rapport soulève deux questions cruciales d'ordre politique. D'abord, il existe des preuves concluantes que le manque de soutien informel et le recours au soutien formel sont reliés à la langue et à d'autres questions ethniques et culturelles dans le cas des enfants immigrants et de leurs familles, notamment au cours des toutes premières années après l'immigration. Il y a lieu de cerner ces obstacles et de les éliminer, plus particulièrement dans les plus grandes villes où la concentration d'immigrants et de néo-Canadiens est élevée. En deuxième lieu, les enfants issus de familles monoparentales immigrantes et non immigrantes n'ont pas de soutiens informels et concomitamment, ont recours aux services de soutien formels plus souvent que les enfants issus de familles biparentales. Il ne devrait donc pas être surprenant de constater que la pauvreté est le facteur qui influe le plus sur les expériences des familles monoparentales; c'est pourquoi des études doivent être entreprises afin de cerner les facteurs culturels qui influent sur les réseaux de soutien et sur les ressources dont disposent les parents seuls. Les résultats appuient la nécessité d'élaborer des programmes pour promouvoir un plus grand accès aux services et pour fournir un soutien accru aux familles monoparentales en général, et aux familles monoparentales immigrantes en particulier.

Executive Summary

Few studies have been conducted on immigrant children and their access to health services in Canada. Importantly, the research that is available indicates several issues of specific concern to the immigrant population, and a strong need for public policy approaches that provide culturally sensitive and accessible services. This paper examines data from the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) on immigrant children and children of immigrants, to identify barriers they may face in gaining access to social services, particularly health care, as well as their formal and informal service networks.

The results of the analysis demonstrate that, although there is little variation in the health status of immigrant and non-immigrant children, the formal and informal support accessed by their parents varies considerably. Those families from the most recent immigrant groups in Canada's largest cities, most of whom are visible minority families, and those with lowest proficiency in the two official languages, have the least access to both formal and informal networks. Older immigrant families have greater access, although less than non-immigrant families. Lone-parent families, both immigrants and non-immigrants, have least access to informal services, but are higher users of formal services. These findings confirm the hypotheses that a child's experience varies more according to the characteristics of the household than those of the individual child, and that there are significant variations among immigrant groups in their needs for social services and, in particular, for health services, based on length of time since immigration and geographic location.

This report raises two critical policy issues. First there is strong evidence that lack of informal support and use of formal supports are linked to language and other ethnic and cultural issues for immigrant children and their families, especially in the earliest years after immigration. Barriers need to be identified and broken down, especially in our largest cities where immigrants and new Canadians concentrate. Secondly, children in immigrant as well as non-immigrant lone-parent families lack informal supports and concomitantly use formal supports more than children in two-parent families. We should not be surprised to find that poverty is the most significant factor influencing the experiences of lone-parent families, but additional work also needs to be done to understand the cultural factors that influence support networks and the resources available to lone parents. The results suggest the need for developing programs to foster greater access to services and to provide greater support to lone-parent families in general and immigrant lone-parent families in particular.

Remerciements

Les auteurs sont reconnaissants aux employés de Développement des ressources humaines du Canada, particulièrement Satya Brink et Cindy Cook, et à de nombreux lecteurs anonymes, pour leur aide à l'élaboration du présent document.

Table des matières

1. Introduction et aperçu statistique des immigrants et des enfants immigrants au Canada 1

2. Recherche sur les enfants immigrants et les services de santé au Canada 7

3. Questions méthodologiques 13

4. Analyse des soutiens formels et informels en matière de santé pour les enfants immigrants 18

4.1 Répartition des enfants immigrants selon la taille de la région urbaine 18

4.2 État de santé des enfants immigrants 20

4.3 Les problèmes de santé récents 26

4.4 Soutien informel pour les enfants immigrants 27

4.5 Soutien formel pour les enfants immigrants 34

5. Conclusions 44

Bibliographie 47

1. Introduction et aperçu statistique des immigrants et des enfants immigrants au Canada

Le présent document analyse les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) qui ont trait aux enfants immigrants et aux enfants d'immigrants[1], dans le but de cerner les obstacles que leur présente l'accès aux services sociaux, notamment aux soins de santé. Nous analysons également le recours informel et formel de leurs parents aux services et la mesure dans laquelle le recours varie en fonction de divers facteurs sociaux, économiques et culturels. Même si, à ce jour, peu de recherches ont été menées sur les enfants immigrants et les enfants d'immigrants au Canada, cela dénote que les enfants issus de ménages immigrants sont non seulement confrontés à des problèmes d'accès spécifiques, mais que c'est leur expérience en tant que membre de familles immigrantes au Canada, plutôt que leur distinction fondée sur le lieu de naissance qui influe davantage sur l'ampleur de ces obstacles. Les enfants immigrants et les enfants d'immigrants sont susceptibles de considérer le Canada comme leur pays et de manquer de « liens importants avec leur "ancien monde" » (Zhou 1998, 1; voir aussi Gans, 1992), mais tous partagent un contexte social qui leur est fourni par l'ensemble de la communauté immigrante. Par surcroît, chez les plus récents immigrants au Canada, dont l'importante majorité appartient à des minorités visibles, les deux groupes partagent un contexte de racialisation.

Une proportion élevée d'immigrants arrivent au Canada et ne sont pas familiarisés avec les procédures d'accès aux services sociaux. Comme il faut du temps pour savoir comment les choses fonctionnent au Canada et pour établir un réseau de soutien communautaire, ils ont des besoins spécifiques en ce qui a trait à leur « accès » au système. Ceux qui ne parlent aucune des langues officielles doivent aussi faire face au système dans une langue étrangère. Même si bon nombre des questions liées à l'établissement sont communes, la population immigrante n'en est pas moins très diversifiée au chapitre de la langue, des pratiques culturelles et des façons dont elle est perçue par l'ensemble de la société. Les expériences varient d'un immigrant à un autre, selon que l'enfant reçoit son éducation principalement au Canada et selon le temps requis pour

[1] Les « immigrants » se définissent comme étant les personnes nées à l'extérieur du Canada, contrairement à la définition juridique d'« immigrant admis » qui renvoie à une personne qui a immigré au Canada, mais n'a pas obtenu la citoyenneté canadienne.

connaître une des langues officielles. Dans l'étude, nous posons l'hypothèse selon laquelle les caractéristiques du ménage ont une plus grande incidence sur l'expérience de l'enfant que les caractéristiques propres à l'enfant même. En d'autres mots, grandir au sein d'un ménage immigrant revêt plus d'importance qu'être né à l'extérieur du Canada, car l'enfant est très dépendant des capacités des parents d'accéder aux services de soutien. Nous formulons aussi l'hypothèse que les besoins en services sociaux varient de façon importante parmi les groupes immigrants, notamment dans le cas des services de santé, et ce, en fonction de la date d'entrée au pays et de l'emplacement géographique.

Dans la première section du document, on utilise les données publiées du recensement et des sources d'immigration dans le but d'offrir un aperçu général de la population immigrante. La description démographique est suivie d'une brève revue des documents de référence sur les enfants immigrants au Canada et d'une revue plus détaillée portant sur les immigrants et les soins de santé. Enfin, notre analyse du cycle 1 des données de l'ELNEJ (1994) examine l'état de santé des enfants immigrants et des enfants d'immigrants ainsi que leur recours aux services de soutien formels et informels.

Les conclusions du rapport sont très préliminaires. Elles en révèlent davantage, en fin de compte, sur l'utilité de l'ELNEJ pour l'analyse des conditions des enfants immigrants que sur les enfants eux-mêmes. Par conséquent, nous concluons le document avec des propositions quant aux façons dont l'enquête pourrait refléter plus adéquatement la croissance rapide de la population immigrante et avec des suppositions quant aux principaux secteurs d'élaboration de politiques qui s'imposent pour des enfants immigrants en santé.

Les immigrants et les enfants immigrants dans la société canadienne : un bref aperçu statistique

Les immigrants et leurs enfants représentent une proportion de plus en plus grande de la population canadienne. Dans le Recensement de 1996, on a dénombré environ 5 000 000 d'immigrants, dont le nombre a augmenté de 14,5 % depuis 1991, soit légèrement plus que trois fois le taux de croissance de la population née au Canada (4 %). Ainsi, la proportion

d'immigrants a augmenté d'environ 16 % par rapport à la population totale en 1991, pour passer à 17,4 % en 1996[2].

Compte tenu des modèles d'immigration historiques, à peine plus de la moitié de la population immigrante en 1996 provenait du Royaume-Uni ou des États-Unis; mais la population immigrante a considérablement changé ces dernières années. Entre 1991 et 1996, seulement 23 % des immigrants provenaient des régions sources traditionnelles tandis que le reste provenait de pays non traditionnels, notamment plus de la moitié (57,1 %) d'Asie et du Moyen-Orient. En 1995-1996, 66,1 % des nouveaux immigrants provenaient d'Asie et du Moyen-Orient; plus de 10 % provenaient uniquement de Hong Kong. On note aussi une augmentation du nombre d'immigrants en provenance d'Afrique, des Antilles, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud.

Selon les données fournies par Statistique Canada, ces ménages ne sont pas si différents des autres ménages canadiens en ce qui a trait à la plupart des indices socio-économiques (Recensement de 1996 : Immigration et Citoyenneté, *Le Quotidien*, 4 novembre 1997). La majorité des immigrants qui vivent au Canada (81 %) sont devenus des citoyens canadiens. La population immigrante est légèrement plus âgée que la population née au Canada[3]. Les immigrants possèdent un niveau d'éducation légèrement plus élevé que les personnes nées au Canada, mais une proportion plus élevée possède moins qu'une neuvième année. Les immigrants sont plus susceptibles d'être employés et ont des revenus légèrement plus élevés en moyenne, mais on note aussi une proportion légèrement supérieure à faible revenu. En 1991, presque tous les immigrants (94 %) pouvaient tenir une conversation en anglais ou en français, même si bon nombre d'entre eux ne pouvaient le faire à leur arrivée. La cellule familiale des ménages immigrants est assez comparable à celle des personnes qui sont nées au Canada, même si les familles immigrantes sont plus susceptibles de comprendre les aînés. Le taux de fertilité des immigrantes est légèrement supérieur à celui des femmes nées au Canada.

---

[2] *Le Quotidien*, 4 novembre 1997.

[3] Trente-neuf pour cent des personnes nées au Canada ont moins de 25 ans, tandis que seulement 15 % des immigrants ont moins de 25 ans. Toutefois, si on pouvait décomposer ces données pour identifier les personnes nées de parents immigrants, les données seraient plus justes.

Toutefois, ces chiffres agrégés masquent le fait que la population immigrante est aussi très diversifiée. Les distributions bimodales au chapitre de l'éducation et des revenus, en particulier, dénotent un éventail plus vaste de situations socio-économiques chez les groupes immigrants et laissent supposer qu'il faut établir une distinction analytique entre ceux qui vivent en deçà et au delà du seuil de pauvreté, plutôt que de les regrouper pour établir une moyenne. Comme on le constatera, même si les limites des données nous empêchent de le faire dans l'étude actuelle, nous croyons fermement que la recherche sur les immigrants doit tenir compte de cette diversité, en fonction de la nationalité d'origine, du milieu culturel et racial et d'autres facteurs différentiels entre les groupes immigrants et au sein de ceux-ci.

De même, la répartition géographique des immigrants est très inégale : 96 % vivent dans des régions métropolitaines, 48,4 % à Toronto et à Vancouver seulement. On note aussi divers modèles régionaux selon le lieu d'origine. Par exemple, les Asiatiques (surtout les habitants de l'Asie orientale) comptent pour plus de la moitié de la population immigrante de Vancouver, tandis que la population de Toronto est plus diversifiée et comprend 55,7 % de la population totale d'origine afro-antillaise du Canada. À Montréal, les membres des communautés provenant d'Afrique et des Antilles dominent la vague d'immigrants et les membres des minorités visibles. En revanche, Winnipeg, où on retrouve seulement 2 % des immigrants au Canada, compte 6 % d'immigrants en provenance de l'Asie du Sud-Est (surtout les Philippines).

Les enfants immigrants et les enfants d'immigrants représentent un segment croissant de la population canadienne et formeront une proportion de plus en plus grande de la population du Canada à l'avenir. Le recensement du Canada de 1996 révèle que les enfants ayant moins de 15 ans comptent pour 19,8 % de la population totale. En raison de la diminution de la fertilité, le chiffre a constamment baissé au cours des quatre dernières décennies[4]. Toutefois, chez les immigrants, le nombre est légèrement supérieur (20,7 %) et a augmenté lentement au cours de la dernière décennie. Ce pourcentage grimpe à 22,3 % dans le cas des immigrants qui sont arrivés

[4] En 1956, le taux s'établissait à 32,5 % (Hersak et Francolini, 1987, p. 11).

au Canada en 1996. Par conséquent, le nombre d'enfants qui grandissent au sein d'un ménage immigrant augmente[5].

La proportion d'enfants est encore plus élevée chez les minorités visibles, qui constituent désormais une forte majorité de nouveaux immigrants. En 1996, 24,3 % de la population des minorités visibles (les immigrants et ceux qui sont nés au Canada) avaient moins de 15 ans, et la plupart d'entre eux étaient des enfants immigrants ou des enfants d'immigrants[6]. La population des minorités visibles est même plus fortement concentrée que toute la population immigrante dans les grandes villes du Canada, particulièrement à Toronto et à Vancouver[7].

Il y a près de 10 ans, selon des données du Recensement de 1986, les chercheurs ont prédit que l'écart augmenterait entre les nantis et les démunis de la population immigrante, ce qui entraînerait une dégradation des conditions pour les enfants immigrants, qui auraient moins de chances de réussir leur intégration au Canada. En 1986, même si la proportion d'enfants immigrants issus de familles monoparentales (12 %) était légèrement supérieure à celle de l'ensemble du Canada (14 %), la plupart de ces enfants vivaient au sein de familles à faible revenue (Burke, 1992; voir aussi Samuels, 1990). La tendance est également très différente sur le plan géographique : même si environ 31 % des enfants immigrants vivaient dans des familles à faible revenu, dans la ville de Montréal, le nombre atteint presque la moitié. Au cours de la dernière décennie, le nombre total de familles monoparentales au Canada a grimpé à 14,5 % de l'ensemble des familles canadiennes, la majorité (84 %) est dirigée par des femmes et compte pour près de 20 % des enfants canadiens[8]. Toutefois, la croissance chez les immigrants a été plus lente; actuellement, seulement 5 % des familles sont dirigées par un seul parent (Canada, CEC, 1996). On se pose cependant d'importantes questions : le stress imposé aux familles monoparentales, particulièrement celles dirigées par la mère qui sont en deçà du seuil de

---

5 Les données sur les enfants immigrants seulement sont quelque peu trompeuses. Comme la majorité des enfants qui sont nés de parents immigrants sont nés au Canada, la proportion d'enfants qui grandissent au sein de ménages immigrants est supérieure à la proportion d'enfants qui sont nés à l'extérieur du Canada.

6 En 1996, 68,1 % des membres des minorités visibles étaient des immigrants. La tendance varie cependant sur le plan géographique : par exemple, en Nouvelle-Écosse, la majorité (69 %) des membres des minorités visibles sont nés au Canada, tandis que dans la plupart des autres villes, c'est le contraire. Cela varie aussi par groupe, oscillant entre 65 % de personnes nées au Canada qui sont d'origine japonaise et 29 % qui sont d'origine sud-asiatique (*Le Quotidien*, 17 février 1998).

7 Statistique Canada, tableau de la série *Le Pays*, 1996.

8 Statistique Canada, tableau de la série *Le Pays*, 1996.

pauvreté, est-il considérablement différent en raison de facteurs culturels, linguistiques ou autres observés chez les familles immigrantes et pourrait-il modifier l'accès aux services sociaux, particulièrement pour les nouveaux venus?

La prévision de Burke (1992) qui concorde avec celle de la recherche américaine sur les immigrants et qui dépeint une économie « du sablier », où certains groupes d'immigrants se retrouvent au bas de l'échelle socio-économique, tandis que d'autres prospèrent au sommet, et qu'il y en a de moins en moins au centre. Comme au Canada, ces tendances varient considérablement selon l'origine ethnique, l'emplacement géographique et la génération, et la spirale descendante de la pauvreté s'accélère considérablement dans le cas des familles monoparentales dirigée par la mère (pour une analyse, voir Zhou, 1998). Même s'il y a lieu de croire que les écarts au chapitre de la politique sociale et les différences dans les caractéristiques des immigrants eux-mêmes donneraient lieu à des tendances considérablement différentes chez les immigrants au Canada, on observe aussi de fortes similitudes qui commandent une étude comparative détaillée.

Ces données démographiques sommaires indiquent un nombre de questions importantes concernant les enfants des ménages immigrants. En particulier, les chercheurs doivent tenir compte de la population immigrante, qui regroupe les réfugiés et les immigrants de la composante économique, des fortes concentrations d'immigrants dans les grandes villes du Canada, des niveaux marqués de pauvreté pour environ le tiers des familles immigrantes et du rôle accru des questions relatives à la « race » (et le racisme). Toutes ces questions constituent des secteurs importants de préoccupation au chapitre de la politique publique qui revêtiront une importance accrue au cours des prochaines décennies.

2. Recherche sur les enfants immigrants et les services de santé au Canada

La documentation récente sur les enfants immigrants et les enfants d'immigrants au Canada brille par sa rareté. La majeure partie de la documentation sur l'immigration met l'accent sur les immigrants adultes, particulièrement sur leur intégration dans le marché du travail. Ces dernières années, on s'intéresse de plus en plus à la situation des immigrantes et des femmes des minorités visibles qui influe fortement sur celle des enfants (Lynam, 1985; Estable, 1986; Conseil ontarien des organismes de services aux immigrants, 1988; Boyd, 1984, 1992; Geschwender, 1994; Peake et Wekerle, 1994; Ng, 1996; San Martin, 1996). Pour certaines femmes, comme les aides familiales résidantes, les circonstances de l'immigration peuvent avoir des effets draconiens sur la vie de leurs enfants, car elles ne peuvent immigrer en tant que groupe familial (Daenzer, 1993; Jakubowski, 1997). La documentation sur les enfants immigrants au Canada porte principalement sur les aspects psychosociaux de l'adaptation, sujet que nous n'abordons pas ici (Beiser et coll., 1995).

Au cours des années 1970, on s'est grandement intéressé aux processus d'adaptation et d'intégration des immigrants (Richmond et Kalbach, 1971). La recherche sur le sujet a diminué ces dernières années, surtout parce qu'elle tentait d'adopter un modèle d'assimilation qui reconnaissait sans discernement les aspects normatifs de la société « d'accueil ». En s'inspirant du document inédit de Breton sur l'intégralité institutionnelle (1964), on a récemment mis l'accent sur les ressources au sein des collectivités qui permettent d'établir leur propre identité, plutôt que sur leur réaction d'adaptation à une culture dominante (Lalonde et Cameron, 1993). Cette tendance a eu des répercussions très importantes au moment de comprendre les façons dont les collectivités canalisent les ressources pour accéder aux services publics, particulièrement dans les zones à forte concentration urbaine et particulièrement là où l'on remarque de fortes différences comparatives entre les groupes immigrants ou entre une génération et la suivante (Kurien, 1991; Matsuoka et Sorenson, 1991; Johnson, 1992; Rosenberg et Jedwab, 1992; Strom et coll., 1992; Fong et Guilia, 1996). Renaud (1994) montre que ces questions sont fondamentalement liées à la la situation familiale, tandis que d'autres (Compère et Duval, 1992) soulignent l'importance d'offrir des services sociaux qui répondent aux besoins de groupes immigrants spécifiques ou l'importance de la mobilisation politique (Souglobin, 1991). On a

publié une série complète de livres dans le but de mettre l'accent sur le pouvoir des petites communautés ethniques de susciter un changement social[9].

Aux États-Unis, des travaux récents révèlent que, pour les enfants, le processus d'adaptation est plus fortement lié à l'expérience en tant que membre d'un ménage immigrant qu'à celle du statut d'immigrant proprement dit (Zhou, 1998). Presque tous ceux qui ont immigré lorsqu'ils étaient enfants possèdent une connaissance plus solide de la nouvelle société que du pays d'origine et font preuve d'un attachement plus fort à cet égard. Les expériences de ceux qui immigrent lorsqu'ils sont jeunes enfants (la génération 1,25) et ceux qui sont nés de parents immigrants (la génération 1,5) ne sont pas très différentes (Firmat, 1994; Rumbaut, 1991), même si on note des différences importantes entre les enfants de différentes cohortes de la première génération et demie et de la deuxième génération, particulièrement au stade de leur développement physique et psychologique, dans leur processus de socialisation au sein de la famille, de l'école et de l'ensemble de la société ainsi que dans leur orientation vers leur pays d'origine (Zhou, 1998, p. 3). Toute analyse des besoins en services sociaux des enfants immigrants, particulièrement les besoins ayant trait à la langue et à l'éducation, mais aussi tout besoin qui relève d'une compréhension des différences culturelles subtiles, doit tenir compte de ce point.

Ironiquement, il y a eu une brève série d'études sur les enfants immigrants pendant les années 1980, après que le Comité permanent du travail, de l'emploi et de l'immigration (Canada, 1985) a sonné l'alarme au sujet du vieillissement rapide de la population canadienne. Le *Rapport annuel* du Comité a laissé entendre que la politique d'immigration servait à accroître le nombre d'enfants immigrants et à contrebalancer l'effet du vieillissement. Les études démographiques qui ont suivi ont révélé que l'immigration des enfants ne pouvait pas compenser suffisamment la chute des taux de fertilité pour avoir des répercussions substantielles sur la structure par âge de la population canadienne au cours du prochain millénaire (Beaujot, 1992; George et coll., 1991; Hersak et Francolini, 1987). L'opinion était étayée par l'étude détaillée intitulée *Review of Demography and its implications for Economic and Social Policy*; en outre, l'intérêt à l'égard de la démographie chez les enfants immigrants a considérablement diminué depuis, tandis que la recherche sur les aînés est en hausse.

[9] Voir les séries AMS Press sur les immigrants et les communautés ethniques aux États-Unis et au Canada (Robert J. Theodoratus, directeur général).

Bon nombre de chercheurs admettent que le contexte de l'éducation revêt une importance fondamentale en ce qui a trait à l'adaptation et à la socialisation des enfants issus de familles immigrantes. Malheureusement, cette documentation est très inégale; la majeure partie a été produite au cours des années 1970 et au début des années 1980 et ne reflète pas l'importante diversité de la population immigrante des dernières années. Dans une étude détaillée de la documentation sur les jeunes immigrants et la deuxième génération, Peter Li note les tendances suivantes :

- Les enfants du cours Anglais, langue seconde sont confrontés à des handicaps relatifs pendant les premières années d'enseignement (Cummins, 1981, 1984; Samuda, 1984; Samuel et Verma, 1992), mais les enfants immigrants rattrapent leurs pairs très rapidement (Jones, 1987). En ce qui a trait au processus de rattrapage, l'effet de l'âge au moment de l'immigration soulève la controverse (Inbar, 1977 et Jones, 1981, 1987).

- Un niveau de scolarité plus élevé chez les parents immigrants a des répercussions positives sur les enfants (Richmond et Kalbach, 1980).

- Le système scolaire canadien reflète la culture et les valeurs du groupe dominant, ce qui entraîne un inconvénient pour les enfants immigrants et ceux appartenant aux minorités visibles (Hébert, 1992; Shamai, 1992), sauf pour ceux d'origine juive et asiatique qui, dit-on, bénéficient d'une forte identité au groupe ethnique et d'une forte influence des familles (Samai, 1992).

- Les chercheurs en éducation s'intéressent de plus en plus aux répercussions du racisme chez les enfants d'âge scolaire (Clifton et Perry, 1985; Hébert, 1992; Dei, 1993).

Exception faite de la rare documentation sur le racisme et l'éducation, la question relative à la manière dont les enfants des minorités visibles, particulièrement ceux des ménages immigrants, connaissent la racialisation au Canada demeure pratiquement obscure[10]. Compte tenu des

10 Nous n'avons pas examiné la documentation d'ordre psychologique sur les enfants et le racisme. Toutefois, un bref survol de cette documentation révèle qu'elle est très rare et qu'elle accorde plus d'attention à l'adoption d'attitudes racistes chez les enfants qu'aux expériences des enfants qui sont victimes de racialisation. Le terme « racialisation » renvoie au processus, fondé sur le racisme, par lequel les personnes sont catégorisées en groupes raciaux et subissent les conséquences de cette catégorisation sous la forme de discrimination (voir Miles, 1989).

changements démographiques spectaculaires qu'a connus la population immigrante du Canada ces dernières années, particulièrement dans les grandes villes, la question ne devrait pas constituer une priorité de recherche majeure.

Dans l'ensemble, notre examen de la documentation sur les enfants immigrants et les enfants d'immigrants révèle qu'il y a très peu de recherche directe, particulièrement dans le secteur essentiel de l'accès aux services sociaux. Les nouvelles tendances indiquent qu'il faut intégrer un certain nombre de questions clés qui comprennent les caractéristiques démographiques et socio-économiques des groupes d'immigrants, les différences sociales et culturelles au chapitre du rôle des enfants au sein des collectivités, les aptitudes organisationnelles des collectivités à avoir accès aux services sociaux, les répercussions importantes du racisme sur les capacités des nouveaux groupes à s'intégrer avec succès à la société canadienne et la nécessité d'élaborer des initiatives de politique publique qui tiennent compte des besoins spécifiques des communautés d'immigrants.

Les enfants immigrants et les services de santé

Même s'il y a très peu de recherche au Canada sur les enfants immigrants et les services de santé, celles qui existent indiquent plusieurs questions qui ont trait spécifiquement à la population immigrante. Certains éléments laissent croire que les immigrants et les personnes provenant de groupes ethnoculturels minoritaires recourent davantage aux services de santé (Wen et coll., 1996), ce qui indiquerait qu'il faut déterminer si le recours accru est imputable à la nécessité d'offrir une gamme plus vaste de services sociaux qui ne sont pas fournis ou qui ne sont pas adaptés aux besoins des communautés d'immigrants.

Plusieurs chercheurs ont fourni des preuves convaincantes de la nécessité d'être sensibilisé aux diverses cultures quand vient le moment de répondre aux besoins en santé d'une population diversifiée (Masi, 1993; Mensah, 1993). L'étude de Stephensen (1995) portant sur 20 immigrants vietnamiens et 20 travailleurs de la santé à Victoria, en Colombie-Britannique, révèle que les travailleurs de la santé ne parviennent pas souvent à communiquer efficacement, omettent de tenir compte des attentes médicales établies du client, notamment ses attentes à l'égard du rôle des pratiques médicales traditionnelles, et ne comprennent pas qu'il peut y avoir des circonstances spécifiques, notamment les réfugiés qui sont victimes de torture, ce qui influe

considérablement sur leur relation avec les professionnels de la santé. Il propose de désigner des défenseurs du client au sein de la collectivité et de prévoir une formation en traduction pour le personnel de la santé. De même, Andersen (1986) fait remarquer que le désaccord entre les formes occidentales et traditionnelles de traitement peut entraîner un recours restreint aux services de santé et un non-respect.

Legault et coll. (1997) offrent l'une des analyses les plus pointues à ce jour sur les contradictions auxquelles sont confrontés les immigrants en matière de services de santé. Leur étude, qui porte sur 297 jeunes familles d'immigrants et 40 médecins, souligne des différences marquées entre les priorités des familles, qui portent sur leurs enfants, et celles des médecins, qui portent sur les mères. Les écarts dans les priorités en matière de soins de santé sont liés à des questions économiques. Le problème le plus important des familles immigrantes est l'isolement, suivi des problèmes liés à la garde de jour et à l'éducation; toutefois, les médecins tendent à croire que les relations de couples constituent le problème dominant. Les familles tendent aussi à obtenir de l'aide au sujet des problèmes sociaux auprès de réseaux ethnoculturels informels, lorsque cela est possible, avant de se tourner vers une aide professionnelle, même si elles préfèrent obtenir une aide médicale auprès des professionnels de la santé.

Même si les tendances statistiques ne révèlent aucune différence marquée entre l'état de santé général des immigrants et des réfugiés et celui des personnes nées au Canada, Bollini (1992) laisse entendre que les soins de santé doivent tenir compte de la relation entre la santé et la migration. Parmi les exemples les plus frappants, mentionnons le besoin d'un traitement adapté à la culture en ce qui a trait aux patients atteints du VIH/sida dans certaines collectivités et le besoin de comprendre les répercussions des problèmes de santé liés à la guerre, dans d'autres collectivités. De même, on doit tenir compte des différences entre les sexes concernant les répercussions de la guerre. Chez les réfugiés de l'ancienne Yougoslavie, par exemple, les femmes sont plus susceptibles d'avoir été victimes de viol, et les hommes ont pu être blessés à cause d'une guerre plus traditionnelle, tandis que les enfants connaissent divers traumatismes liés à la guerre (Korac, 1991). Plus fréquemment, les réfugiés montrent des signes de mauvaise santé du fait que des problèmes moins sérieux, notamment une maladie dentaire et des problèmes respiratoires, n'ont pas été traités ou n'ont pas été diagnostiqués (Dillman et coll., 1993).

Selon Matsuoka et Sorenson (1991), il faut tenir compte des différences entre les cultures au moment d'offrir des soins de santé adaptés à la culture. Les immigrants provenant de pays où a eu lieu une guerre civile, comme l'Éthiopie, ne forment pas un tout homogène. Ils proposent que les organismes de service embauchent des travailleurs provenant de divers horizons et qu'ils adoptent une approche de transition à la prestation de services qui sont dispensés de manière non discriminatoire. Ces suggestions appuient l'accent que met Anderson (1993) sur la nécessité de trouver des partenaires des communautés ethnoculturelles pour la recherche et pour les services de santé.

Même si, à ce jour, la recherche sur les immigrants et les services de santé est très restreinte, particulièrement en ce qui concerne les enfants, on admet sans réserve qu'il faut adopter des approches de politique publique qui permettront d'offrir les services les plus adaptés et les plus accessibles possibles. Toutefois, les renseignements sur les caractéristiques des populations immigrantes qui touchent l'accès aux services de santé sont très limités. Le reste du présent document utilise les données de l'ELNEJ dans l'étude très préliminaire de certains facteurs qui ont des répercussions sur l'accès aux services dans le cas des enfants immigrants.

3. Questions méthodologiques

L'identification des enfants immigrants et des enfants non immigrants aux fins d'analyse par rapport aux fins juridiques ne constitue pas un processus simple. Théoriquement, on doit distinguer trois groupes d'enfants : les enfants qui sont nés à l'extérieur du Canada de parents non canadiens et qui peuvent être identifiés sans ambiguïté comme des *enfants immigrants*; les enfants qui sont nés au Canada, dont au moins un des parents est un immigrant et que nous pouvons identifier comme des *enfants non immigrants de parents immigrants*; et un troisième groupe d'enfants qui sont nés au Canada, dont les parents sont des non-immigrants et que nous pouvons identifier comme des *enfants non immigrants de parents non immigrants*. Notre étude met l'accent sur les deux premiers groupes, et dans la documentation sociologique américaine, ils sont identifiés comme étant les générations « 1,25 » et « 1,5 ».

Les diverses formes d'organisations parentales compliquent les choses au moment d'établir la distinction entre les enfants immigrants et les enfants non immigrants. Voici les distinctions :

(A) Enfants immigrants

I. Deux parents, les deux sont immigrants

II. Un seul parent, immigrant

(B) Enfants non immigrants de parents immigrants

I. Deux parents, les deux sont immigrants

II. Un seul parent, immigrant

III. Deux parents, un est un immigrant ou un parent immigrant, un autre adulte

(C) Enfants non immigrants de parents non immigrants

I. Deux parents ou deux adultes, non immigrants

II. Un seul parent, non immigrant

Dans le présent rapport, on utilise deux méthodes d'analyse : les tableaux à multiples entrées et la régression logistique. Les résultats des tableaux à multiples entrées sont présentés dans un tableau où les catégories énumérées ci-dessus servent à établir la distinction entre les enfants immigrants, les enfants non immigrants de parents immigrants et les enfants non immigrants de parents non immigrants. Dans les modèles de régression logistique, nous faisons la distinction entre les enfants immigrants nés à l'extérieur du Canada et ceux qui sont nés au Canada. En

d'autres mots, l'écart se situe entre la catégorie A — Enfants immigrants, qui font partie d'un groupe et la catégorie B — Enfants non immigrants de parents immigrants et la catégorie C — Enfants non immigrants de parents non immigrants qui sont combinés dans un deuxième groupe.

Tant pour les modèles de tableaux à multiples entrées que ceux de régression logistique, on applique les procédés de pondération recommandés par statistique Canada, mais cela n'empêche pas le fait que l'effectif de l'échantillon pour le cycle 1 de l'ELNEJ correspond à 22 831 et que le nombre d'enfants qui s'inscrivent dans les catégories A et B est très modeste (voir ci-dessous), comparativement à l'effectif total de l'échantillon. Dans le cas des données sous forme de tableau, on applique les procédés de Statistique Canada pour définir les importants coefficients de variation afin d'indiquer les estimations qui doivent être traitées avec beaucoup de prudence. Si le nombre d'observations dans une cellule est inférieur à dix, les résultats sont entièrement supprimés.

Tableau 1 : **Répartition des enfants immigrants de la catégorie A dans l'ELNEJ selon l'âge, le sexe et les années écoulées depuis l'immigration**

	Années écoulées depuis l'immigration		
Âge	0 à 4	5 à 9	10+
Filles			0
0	3	0	0
1	5	0	0
2	9	0	0
3	10	0	0
4	9	0	0
5	8	1	0
6	9	4	0
7	11	12	0
8	11	18	0
9	14	14	0
10	7	12	1
11	5	8	4
Total	101	69	5

	Années écoulées depuis l'immigration		
Âge	0 à 4	5 à 9	10+
Garçons			
0	2	0	0
1	3	9	0
2	7	0	0
3	11	0	0
4	12	1	0
5	10	4	0
6	13	6	0
7	8	7	0
8	4	10	0
9	8	12	1
10	12	18	3
11	9	19	3
Total	99	86	7

Source : ELNEJ, 1994

Le tableau 1 résume la répartition des enfants immigrants de la catégorie A, selon l'âge, le sexe et les années écoulées depuis l'immigration. La plupart d'entre eux sont arrivés au Canada au cours des neuf dernières années. Seulement 367 enfants s'inscrivent dans la catégorie A et ils comptent pour seulement 1,6 % des enfants de l'échantillon de l'ELNEJ. Étant donné qu'environ 17 % de la population totale du Canada est née à l'extérieur du Canada, les enfants immigrants sont

manifestement sous-représentés dans l'échantillon de l'ELNEJ. Le tableau 2 offre un sommaire comparable de la répartition des enfants immigrants de la catégorie B, en plus de la catégorie additionnelle de la cellule familiale fournie dans le but de saisir la complexité du groupe. Le nombre total d'enfants qui s'inscrivent dans la catégorie B s'élève à 2 735, soit 12 % de l'échantillon de l'ELNEJ. Ce qui laisse 19 729 enfants (ou 86,4 %) dans l'échantillon de l'ELNEJ qui s'inscrivent dans la catégorie C — Enfants non immigrants de parents non immigrants.

Tableau 2 : **Répartition des enfants non immigrants de parents non immigrants de la catégorie B dans l'échantillon de l'ELNEJ selon l'âge, le sexe, les années écoulées depuis l'immigration et la cellule familiale**

	Un parent			**Deux parents, les deux sont immigrants**			**Deux parents; un immigrant ou un parent immigrant, un autre adulte**		
	Années écoulées depuis l'immigration			Années écoulées depuis l'immigration			Années écoulées depuis l'immigration		
Âge	0 à 4	5 à 9	10+	0 à 4	5 à 9	10+	0 à 4	5 à 9	10+
Filles									
0	0	3	3	31	12	13	10	14	58
1	4	1	8	23	16	15	10	9	64
2	1	2	3	7	11	16	5	14	47
3	1	2	4	4	14	9	4	9	62
4	0	1	6	1	19	21	0	<	55
5	0	5	12	3	4	20	0	9	58
6	1	1	8	2	4	25	1	7	64
7	0	2	4	0	6	23	1	5	55
8	0	0	9	1	3	29	2	3	50
9	1	0	7	0	1	22	0	1	59
10	0	0	11	0	0	31	0	1	56
11	0	1	4	0	0	24	0	0	62
Total	8	18	79	72	90	248	33	79	690
Garçons									
0	1	2	6	26	17	13	14	8	62
1	1	0	8	28	31	16	7	22	73
2	2	1	5	15	15	10	4	12	57
3	0	2	12	4	24	12	2	13	66
4	0	2	8	1	17	14	2	15	61
5	0	1	10	1	18	20	0	3	53
6	0	2	8	0	13	19	2	7	60
7	0	1	8	3	3	24	0	3	59
8	1	1	5	2	3	26	0	3	61
9	0	0	6	0	0	31	0	0	66
10	0	0	9	1	0	27	1	1	49
11	0	0	4	0	2	24	1	0	65
Total	5	12	89	81	143	236	33	87	732

Source : ELNEJ, 1994

Trois modèles de régressions logistiques sont présentés pour chaque question analysée :

a) *Le modèle de base* contient les caractéristiques fondamentales de l'enfant et de la personne qui connaît le mieux (PCM) l'enfant ou du ménage en tant que variables indépendantes;

b) *Le modèle de l'origine ethnique* fait appel à la question des ancêtres pour l'enfant que l'on ajoute à la *liste* des variables indépendantes;

c) *Le modèle de la collectivité* omet la question des ancêtres pour l'enfant et ajoute un ensemble de variables indépendantes servant à mesurer les diverses caractéristiques socio-économiques de la population adulte des endroits où vivent les enfants.

Le tableau 3 résume les variables indépendantes utilisées dans les trois modèles. Dans le cas des variables assignées, la catégorie de référence est définie dans la colonne de droite. Les autres variables sont traitées comme des variables continues dans les modèles de régression logistique.

Dans l'ensemble, tous les modèles de régression logistique comportent des courbes qui sont statistiquement significatives à $p < 0,0001$. Par conséquent, le débat porte sur l'interprétation des estimations de paramètres et de leurs probabilités correspondantes. Pour faciliter la présentation, on aborde les probabilités au chapitre de leur effet de pourcentage sur la variable dépendante. Elles sont arrondies au pourcentage le plus proche.

Dans le cas du modèle de base et du modèle de l'origine ethnique, les probabilités représentent dans quelle mesure la variable dépendante peut changer en fonction d'un changement d'unité du coefficient de la variable indépendante. Dans le cas du modèle de la collectivité, nous avons recalculé les probabilités selon un changement de 10 % dans le coefficient de la variable indépendante, en appliquant la formule $\exp^{r*10}$, où exp correspond à l'exposant et r à l'estimation du paramètre.

Tableau 3 : **Variables indépendantes utilisées dans les modèles de régression logistique**

Variables indépendantes	Définition	Catégorie de référence
ÂGE	Âge de l'enfant	
FILLE	Sexe de l'enfant	Garçon
EUROPE	Région de naissance de la PCM	Canada
ASIE	Région de naissance de la PCM	Canada
AUTRE	Région de naissance de la PCM	Canada
NIANGNIFR	La PCM ne parle aucune des langues officielles	La PCM parle au moins une langue officielle
IMMGRAN	Enfant immigrant de la catégorie A	Tous les autres enfants
UNPAR	Seulement la PCM et l'enfant sont présents	Toute autre disposition relative aux parents
MÉTRO	Régions urbaines avec population > 500 000	Régions urbaines avec population < 100 000
MOYEN	Régions urbaines avec population entre 100 000 et 500 000	Régions urbaines avec population < 100 000
RURAL	Emplacements ruraux	Régions rurales avec population < 100 000
FRANÇAIS	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
ALLEMAND	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
ITALIEN	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
CHINOIS	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
POLONAIS	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
PORTUG	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
SUDASIA	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
NOIR	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
AMÉRIN	Question sur les ancêtres pour l'enfant	Toute autre catégorie
PCT65	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	
TOTIMM	Pourcentage des adultes qui sont des immigrants	
IMMREC	Pourcentage des adultes qui ont immigré entre 1988 et 1991	
SSCO	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ayant moins qu'une neuvième année	
UNI	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ayant fait des études universitaires	
CHOM25	Taux de chômage pour la population de 25 ans et plus	
TRANSGOUV	Pourcentage des revenus du quartier à partir des transferts du gouvernement	
REVMÉDF	Revenu médian pour les familles visées par le recensement	
PROBQUAR	Indice dérivé des problèmes du quartier	

PCM = personne qui connaît le mieux l'enfant
Source : ELNEJ, 1994

4. Analyse des soutiens formels et informels en matière de santé pour les enfants immigrants

4.1 Répartition des enfants immigrants selon la taille de la région urbaine

Les enfants immigrants de la catégorie A et les enfants non immigrants de parents immigrants de la catégorie B se retrouvent surtout dans les grandes régions urbaines du Canada. À l'opposé, même s'il y a sans doute une partialité urbaine pour la répartition géographique des enfants non immigrants de parents non immigrants de la catégorie C, ces derniers sont répartis de façon plus égale dans les systèmes urbains et ruraux du Canada. Si on inclut les villes de 100 000 à 500 000 habitants, plus de 90 % des enfants immigrants de la catégorie A et des enfants non immigrants de parents immigrants de la catégorie B vivent en région métropolitaine ou dans des villes moyennes, et moins de 10 % vivent dans des petites villes et des régions rurales du Canada.

Si on se concentre sur les enfants immigrants de la catégorie A et la région de naissance de la PCM, on peut remarquer que les enfants immigrants de parents nés en Asie et, dans une moindre mesure, en Europe, se concentrent presque exclusivement dans les grandes et moyennes villes du Canada (tableau 5). En se servant du lieu de naissance de la PCM comme fondement de la classification des enfants non immigrants des catégories B et C, on observe la même concentration dans les grandes villes du Canada, où l'Asie constitue la région de naissance de la PCM (tableau 6). Il est aussi intéressant de souligner que chez les enfants non immigrants des catégories B et C, dont le lieu de naissance de la PCM correspondait aux États-Unis, sont répartis dans l'ensemble du système urbain et rural d'une façon presque identique à celle des enfants non immigrants des catégories B et C dont le lieu de naissance de la PCM était le Canada. Indépendamment des limites imposées par le cadre de l'échantillon, les enfants immigrants de la catégorie A et les enfants non immigrants de parents immigrants de la catégorie B sont des « enfants des grandes villes ».

Dans les sous-sections qui suivent, où nous abordons l'état de santé des enfants immigrants, le réseau de soutien et les secteurs qui sont sous-jacents à leur état de santé et aux réseaux de soutien, on doit toujours garder en tête le contexte géographique. Il laisse supposer que l'absence de services formels n'explique pas la mauvaise santé et le manque de soutien social, car il devrait y avoir plus de services formels dans les régions métropolitaines et dans les villes de taille

moyenne au Canada, comparativement aux petites villes et aux régions rurales. Toutefois, cela *ne signifie pas* que les enfants immigrants et leur famille ne sont pas confrontés à des facteurs démographiques, linguistiques, ethniques et culturels et d'autres facteurs socio-économiques qui constituent des obstacles à l'accès aux services formels offerts dans les régions métropolitaines et les villes de taille moyenne du Canada. La géographie importe, mais il n'y a pas que cela.

Tableau 4 : **Pourcentage d'enfants immigrants et d'enfants non immigrants selon la région urbaine ou rurale**

Immigrant de la catégorie de la famille	Taille de la région urbaine (en milliers) >500	100-500	30-100	15-30	0-15	Taille de la région rurale	Total
A. Enfant immigrant							
2 parents, les deux sont immigrants	82,8	11,1	0,7	1,5	1,6	2,2	100,0
1 seul parent, immigrant	84,5	6,1	1,2	2,7	4,2	1,4	100,0
B. Enfants non immigrants de parents immigrants							
2 parents, les deux sont immigrants/1 immigrant ou parent immigrant	84,7	8,7	2,6	0,5	1,5	1,9	100,0
1 seul parent, immigrant	83,9	8,2	3,8	1,2	0,9	2,0	100,0
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants							
2 parents ou 2 adultes	39,6	17,9	7,8	3,5	9,3	21,8	100,0
1 seul parent	40,4	20,9	12,9	4,3	9,5	12,0	100,0

Note : B3 intégré à B1.
Source : ELNEJ, 1994

Tableau 5 : **Pourcentage d'enfants immigrants selon la région de naissance de la PCM et de la région urbaine ou rurale**

Région de naissance de la PCM	Taille de la région urbaine (en milliers) >500	100-500	30-100	15-30	0-15	Taille de la région rurale	Total
États-Unis	68,5	13,6	0,0	0,0	13,4	4,6	100,0
Europe	86,0	9,3	0,3	2,2	1,1	1,2	100,0
Asie	91,2	6,8	0,4	1,2	0,0	0,4	100,0
Autre	81,0	11,6	1,3	2,0	1,3	2,7	100,0

Source : ELNEJ, 1994

4.2 État de santé des enfants immigrants

L'état de santé des enfants immigrants suscite des arguments contradictoires. D'une part, on allègue que les enfants immigrants sont susceptibles d'avoir une moins bonne santé que leurs homologues non immigrants, toutes choses étant égales, en raison des conditions dans bon nombre de régions du monde d'où proviennent les immigrants au Canada. D'autre part, on allègue que, puisque le contrôle de la santé fait partie du processus d'immigration au Canada et qu'en raison de l'auto-sélection chez ceux qui choisissent de venir au Canada, toutes choses étant égales, les enfants immigrants sont susceptibles d'être plus en santé que les enfants non immigrants. À n'en pas douter, la variation est considérable chez les enfants immigrants. Par exemple, nous pourrions nous attendre à ce que la santé des enfants réfugiés soit beaucoup moins bonne que celle des enfants d'immigrants indépendants, mais les données ne nous permettent pas de faire une analyse aussi pointue.

Tableau 6 : **Pourcentage d'enfants non immigrants selon la région de naissance de la PCM et de la région urbaine ou rurale**

Région de naissance de la PCM	Taille de la région urbaine (en milliers)					Taille de la région rurale	Total
	>500	100-500	30-100	15-30	0-15		
Canada	38,2	18,5	8,9	3,7	9,7	21,0	100,0
États-Unis	47,9	17,2	7,9	2,7	3,0	21,3	100,0
Europe	68,9	16,0	4,4	2,0	2,8	5,9	100,0
Asie	89,2	4,6	2,7	0,5	2,4	0,5	100,0
Autre	80,0	11,1	2,1	1,3	1,7	3,8	100,0

Source : ELNEJ, 1994

Selon l'outil d'évaluation Peabody, nous avons utilisé une note transformée pour les problèmes physiques et les problèmes de santé (variable APACS02) afin de comparer la santé des enfants immigrants de la catégorie A à celle des enfants non immigrants des catégories B et C[11]. Selon la

[11] Les lecteurs doivent noter que la variable APCS02 se limite uniquement à une mesure de l'état de santé relatif, car elle porte seulement sur les enfants de quatre et cinq ans dans le cadre d'une évaluation effectuée par un spécialiste non médical. Au moment du rapport, les variables de la santé de l'enfant, qui font partie du cycle 2 de l'ELNEJ n'étaient pas disponibles aux fins d'analyse. À notre avis, les arguments généraux exposés dans la présente sous-section seraient radicalement modifiés si on utilisait d'autres mesures de l'état de santé des enfants immigrants et des enfants non immigrants.

division des groupes d'âge appliquée par Cheal et coll. (1997), nous avons réparti les enfants de la façon suivante : les enfants ayant moins de quatre ans et ceux ayant entre 4 et 11 ans. Le tableau 7 nous révèle trois faits importants au sujet des enfants immigrants. Premièrement, il ne semble pas y avoir de différence marquée dans le pourcentage des enfants immigrants de la catégorie A, dont la santé est cotée en deçà de « très bonne » par rapport au pourcentage des enfants non immigrants de parents immigrants ou de parents non immigrants des catégories B et C, dont la santé est cotée en deçà de « très bonne ». Deuxièmement, il semble n'y avoir que de légères différences entre les jeunes enfants et les enfants plus vieux. Troisièmement, il ne semble cependant pas y avoir de différence marquée entre les enfants dont la santé est cotée en deçà de très bonne et ceux ayant une très bonne santé, suivant que les enfants vivent dans des familles monoparentales ou avec deux parents, peu importe s'il s'agit d'enfants immigrants de la catégorie A ou d'enfants non immigrants de parents immigrants ou de parents non immigrants des catégories B et C. Il faut considérer avec prudence cette observation, étant donné que les coefficients de variation sont très importants.

Tableau 7 : **Pourcentage d'enfants immigrants et non immigrants ayant des problèmes de santé**

Immigrant de la catégorie de la famille	Âge	
	0 à 3	4 à 11
A. *Enfants immigrants :*		
2 parents, les deux sont immigrants	9,9	9,9
1 seul parent, immigrant	*	16,3
B. *Enfants non immigrants de parents immigrants :*		
2 parents, les deux sont immigrants/1 immigrant ou parent immigrant	13,9	15,1
1 seul parent, immigrant	4,6	20,8
C. *Enfants non immigrants de parents non immigrants :*		
2 parents ou 2 adultes	9,3	10,9
1 seul parent	14,7	17,4

Estimations non communicables : v.a. > 33,3

Estimations marginales 16,6 < v.a. < 33,3

* < 10 observations dans le numérateur

Note : B3 intégré à B1.

Source : ELNEJ, 1994

Si on convertit l'échelle de mesure de l'état de santé des enfants en une variable binaire entre ceux qui sont en bonne santé (c.-à-d. que leur cote est très bonne ou supérieure, selon la note

division des groupes d'âge appliquée par Cheal et coll. (1997), nous avons réparti les enfants de la façon suivante : les enfants ayant moins de quatre ans et ceux ayant entre 4 et 11 ans. Le tableau 7 nous révèle trois faits importants au sujet des enfants immigrants. Premièrement, il ne semble pas y avoir de différence marquée dans le pourcentage des enfants immigrants de la catégorie A, dont la santé est cotée en deçà de « très bonne » par rapport au pourcentage des enfants non immigrants de parents immigrants ou de parents non immigrants des catégories B et C, dont la santé est cotée en deçà de « très bonne ». Deuxièmement, il semble n'y avoir que de légères différences entre les jeunes enfants et les enfants plus vieux. Troisièmement, il ne semble cependant pas y avoir de différence marquée entre les enfants dont la santé est cotée en deçà de très bonne et ceux ayant une très bonne santé, suivant que les enfants vivent dans des familles monoparentales ou avec deux parents, peu importe s'il s'agit d'enfants immigrants de la catégorie A ou d'enfants non immigrants de parents immigrants ou de parents non immigrants des catégories B et C. Il faut considérer avec prudence cette observation, étant donné que les coefficients de variation sont très importants.

Tableau 7 : **Pourcentage d'enfants immigrants et non immigrants ayant des problèmes de santé**

Immigrant de la catégorie de la famille	Âge	
	0 à 3	4 à 11
A. Enfants immigrants :		
2 parents, les deux sont immigrants	9,9	9,9
1 seul parent, immigrant	*	16,3
B. Enfants non immigrants de parents immigrants :		
2 parents, les deux sont immigrants/1 immigrant ou parent immigrant	13,9	15,1
1 seul parent, immigrant	4,6	20,8
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants :		
2 parents ou 2 adultes	9,3	10,9
1 seul parent	14,7	17,4

Estimations non communicables v.a. > 33,3

Estimations marginales 16,6 < v.a. < 33,3

* < 10 observations dans le numérateur

Note : B3 intégré à B1.

Source : ELNEJ, 1994

Si on convertit l'échelle de mesure de l'état de santé des enfants en une variable binaire entre ceux qui sont en bonne santé (c.-à-d. que leur cote est très bonne ou supérieure, selon la note

transformée) et ceux qui sont en mauvaise santé (c.-à-d. leur cote est en deçà de très bonne sur l'échelle dérivée), 18 796 enfants sont en « très bonne » santé, et 2 659 sont en « mauvaise » santé, sur un effectif de l'échantillon de l'ELNEJ de 21 455[12]. À l'aide de la régression logistique et des pondérations fournies par Statistique Canada, le modèle de base (tableau 8) indique que les filles (FILLES) sont 28 % moins susceptibles que les garçons d'obtenir une cote de « mauvaise » santé. Les enfants ayant un seul parent (UNPAR) sont 65 % moins susceptibles que les enfants vivant avec deux parents ou dans une famille de deux adultes d'obtenir une cote de « mauvaise » santé. Le fait de vivre dans une région métropolitaine (MÉTRO) réduit de 21 % le risque qu'un enfant obtienne une cote de « mauvaise » santé. La variable ÂGE est significative, mais n'a qu'une faible incidence sur la possibilité accrue d'une mauvaise santé. Même si ces données ne nous permettent pas d'expliquer les tendances, nous pouvons supposer que la santé relativement plus mauvaise des enfants vivant dans une famille monoparentale est attribuable à la pauvreté et au manque d'accès aux services, tandis que la santé relativement bonne des enfants vivant en région urbaine reflète un accès plus facile aux services.

Compte tenu des limites de l'outil d'évaluation Peabody en ce qui a trait à la mesure de l'état de santé, les enfants qui appartiennent à la catégorie A — Enfants immigrants (IMMGRAN) sont 24 % moins susceptibles que ceux des catégories B et C — Enfants non immigrants d'obtenir une cote de « mauvaise » santé. Si la PCM ne parle aucune des langues officielles (NIANGNIFR), les enfants sont 57 % moins susceptibles d'obtenir une cote de « mauvaise » santé. De même, dans le modèle de la collectivité (tableau 8), une région qui comprend une proportion d'immigrants récents (IMMRÉC) supérieure à 10 %, on diminue de 17 % la probabilité que les enfants obtiennent une cote de « mauvaise » santé. Dans une région qui comprend une proportion d'adultes n'ayant pas fait d'études secondaires (SSCO) supérieure à 10 %, on augmente de 10 % la probabilité que les enfants obtiennent une cote de « mauvaise » santé. Le revenu médian des familles (REVMÉDF), selon les régions, est significatif, mais n'a guère d'incidence sur la probabilité que les enfants obtiennent une cote de « mauvaise » santé. Dans le modèle de base, les variables de la région d'origine, et dans le modèle de l'origine ethnique, les variables relatives à l'origine ethnique, présentent des résultats très contradictoires qui, à notre avis, sont liés au faible nombre d'observations réelles; par conséquent, nous avons choisi de ne pas les interpréter.

12 En raison des facteurs de non-réponse, l'effectif de l'échantillon pour une question donnée dans l'ELNEJ n'équivaut pas toujours au nombre total d'enfants dans l'étude.

Ces conclusions laisseraient supposer que les enfants immigrants jouissent d'une meilleure santé que les enfants nés au Canada; mais, là encore, on doit considérer ces conclusions avec prudence. Nous ne pouvons déterminer adéquatement l'étendue de la variation chez les groupes immigrants provenant de régions sources différentes ni établir la distinction entre les catégories d'immigrants (notamment, p. ex., les réfugiés et les migrants économiques). Le fait que les immigrants les plus récents semblent être en meilleure santé ne nous permet pas de déterminer si cela est lié aux régions sources; en outre, nous ne pouvons spéculer sur le fait que l'état de santé tend à se détériorer suivant le nombre d'années écoulées depuis leur arrivée au Canada. Toutefois, les résultats appuient notre thèse suivant laquelle la santé des enfants est fortement liée aux caractéristiques des parents, notamment leur situation de famille, leur lien avec la communauté locale et ses services ainsi que leur connaissance à cet égard, leur niveau d'instruction et leur emplacement géographique par rapport aux services publics.

Tableau 8 : **Modèles de l'état de santé à l'aide de la régression logistique**

Variable	FD	Modèle de base			Modèle de l'origine ethnique			Modèle de la collectivité			
		Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Probabilités (variation 10%)
COORDONNÉE À L'ORIGINE	1	-2,0392	0,0001		-1,7654	0,0001		-1,9401	0,0001		
ÂGE	1	0,0198	0,0017	1,020	0,0197	0,0019	1,020	0,0214	0,0008	1,022	
FILLE	1	-0,3234	0,0001	0,724	-0,3311	0,0001	0,718	-0,3181	0,0001	0,727	
EUROPE	1	0,0466	0,6362	1,048	0,1037	0,3139	1,109	0,1292	0,1989	1,138	
ASIE	1	0,6243	0,0001	1,867	0,7582	0,0001	2,134	0,7790	0,0001	2,179	
AUTRE	1	0,3399	0,0001	1,405	0,3540	0,0001	1,425	0,4264	0,0001	1,523	
NIANGNIFR	1	-0,8428	0,0027	0,431	-0,7955	0,0049	0,451	-0,9125	0,0013	0,402	
IMMGRAN	1	-0,2705	0,0303	0,763	-0,2971	0,0178	0,743	-0,2127	0,0919	0,808	
UNPAR	1	0,0502	0,0001	1,651	0,4724	0,0001	1,604	0,4491	0,0001	1,567	
MÉTRO	1	-0,2328	0,0001	0,792	-0,2258	0,0001	0,798	-0,1068	0,0678	0,899	
RURAL	1	0,0470	0,4094	1,048	0,0371	0,5158	1,038	-0,1118	0,0653	0,894	
FRANÇAIS	1				0,1142	0,0203	1,121				
ALLEMAND	1				0,0661	0,3282	1,068				
ITALIEN	1				-0,6151	0,0001	0,541				
CHINOIS	1				-0,2327	0,1416	0,792				
POLONAIS	1				0,1138	0,3362	1,121				
PORTUG	1				-0,0888	0,6115	0,915				
SUDASIA	1				-0,6740	0,778	0,935				
NOIR	1				0,3147	0,0451	1,370				
AMÉRIN	1				-0,1455	0,0001	0,865				
PCT65	1							-0,0036	0,3549	0,996	0,965
TOTIMM	1							-0,0037	0,1871	0,996	0,964
IMMRÉC	1							-0,0183	0,0421	0,982	0,833
SSCO	1							0,0095	0,0024	1,010	1,100
UNI	1							-0,0055	0,0989	0,995	0,947
CHÔM25	1							-0,0000	0,4849	1,000	1,000
TRANSGOUV	1							0,0076	0,0514	1,008	1,079
REVMÉDF	1							-0,0000	0,0117	1,000	1,000
PROBQUAR	1							0,0021	0,0859	1,002	1,021
Effectif de l'échantillon		21 455			21 455			21 455			

Source : ELNEJ, 1994.

Tableau 9 : **Modèles du dernier état de mauvaise santé à l'aide de la régression logistique**

		Modèle de base			Modèle de l'origine ethnique			Modèle de la collectivité			
Variable	FD	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Probabilités (variation 10 %)
COORDONNÉE À L'ORIGINE	1	-1,6916	0,0001		-1,363	0,0001		-1,6543	0,0001		
ÂGE	1	-0,0510	0,0001	0,950	-0,0518	0,0001	0,950	-0,0507	0,0001	0,951	
FILLE	1	-0,1348	0,0009	0,874	-0,1355	0,0008	0,873	-0,1317	0,0012	0,877	
EUROPE	1	0,2377	0,0052	1,268	0,2038	0,0233	1,226	0,3282	0,0002	1,388	
ASIE	1	-0,0581	0,5983	0,944	0,1443	0,2567	1,155	0,1033	0,3676	1,109	
AUTRE	1	0,1261	0,1023	1,134	0,2218	0,0066	1,248	0,2350	0,0036	1,265	
NIANGNIFR	1	-0,6520	0,0119	0,521	-0,6683	0,0105	0,513	-0,5929	0,0229	0,553	
IMMGRAN	1	-0,5201	0,0001	0,594	-0,5266	0,0001	0,591	-0,4793	0,0005	0,619	
UNPAR	1	0,2340	0,0001	1,264	0,2316	0,0001	1,261	0,2090	0,0001	1,232	
MÉTRO	1	0,1446	0,0412	1,156	0,1489	0,0361	1,161	0,3242	0,0001	1,383	
MOYEN	1	0,1596	0,0437	1,173	0,1619	0,0412	1,176	0,2323	0,0037	1,262	
RURAL	1	0,0558	0,4582	1,057	0,0622	0,4091	1,064	-0,0112	0,8839	0,989	
FRANÇAIS	1				0,1604	0,0005	1,174				
ALLEMAND	1				0,0972	0,1226	1,102				
ITALIEN	1				-0,0213	0,8308	0,979				
CHINOIS	1				-0,1648	0,3038	0,848				
POLONAIS	1				0,1698	0,1048	1,185				
PORTUG	1				0,346	0,0131	1,413				
SUDASIA	1				-0,6082	0,0387	0,544				
NOIR	1				-0,0654	0,6968	0,937				
AMÉRIN	1				-0,1994	0,0001	0,819				
PCT65	1							0,0068	0,0624	1,007	1,070
TOTIMM	1							-0,0104	0,0001	0,990	0,901
IMMRÉC	1							-0,0005	0,9536	1,000	0,995
SSCO	1							0,0039	0,2013	1,004	1,040
UNI	1							-0,0054	0,0758	0,995	0,948
CHÔM25	1							-0,0000	0,1783	1,000	1,000
TRANSGOUV	1							-0,0015	0,9691	1,000	0,985
REVMÉDF	1							-0,0000	0,4205	1,000	1,000
PROBQUAR	1							0,0031	0,0055	1,003	1,031
Effectif de l'échantillon		21 455			21 455			21 455			

Source : ELNEJ, 1994

4.3 Les problèmes de santé récents

Nous avons aussi examiné si on pouvait établir une différence entre les enfants immigrants de la catégorie A et les enfants non immigrants des catégories B et C en ce qui a trait à une mauvaise santé de fraîche date[13]. Si on considère une mauvaise santé de fraîche date comme une variable dichotomique, 2 844 enfants ont une mauvaise santé depuis peu, et 18 611 ont une bonne santé depuis peu, sur un échantillon de 21 455. Dans les séries de modèle de régression logistique à l'aide des pondérations de Statistique Canada (tableau 9), les résultats sont compatibles avec ceux remarqués pour l'état de santé dans la plupart des cas.

Dans le modèle de base (tableau 9), les enfants immigrants de la catégorie A (IMMGRAN) sont 41 % moins susceptibles d'avoir une mauvaise santé de fraîche date. À mesure que l'âge augmente, lorsqu'on passe des jeunes enfants aux enfants plus âgés, la probabilité diminue légèrement en ce qui a trait à une mauvaise santé de fraîche date. Le fait d'être une fille (FILLE) réduit aussi de 13 % la probabilité d'une mauvaise santé de fraîche date. Les enfants qui vivent dans une famille monoparentale (UNPAR) sont plus de 26 % susceptibles d'avoir une mauvaise santé depuis peu que ceux qui vivent dans une famille biparentale. À l'opposé de l'analyse ci-dessus, le fait de vivre dans une région métropolitaine (MÉTRO) ou dans une ville moyenne (MOYEN) augmente aussi la probabilité qu'un enfant ait une mauvaise santé depuis peu (respectivement 15 et 17 %), comparativement aux enfants vivant dans des petites villes. Là encore, nous avons choisi de ne pas interpréter les probabilités fondées sur l'origine ethnique et la région d'origine des PCM, en raison du nombre restreint d'observations.

Dans le modèle de la collectivité (tableau 9), une proportion d'immigrants récents supérieure à 10 % par région (TOTIMM) réduit de 10 % la probabilité d'une mauvaise santé de fraîche date. Même si l'indice des problèmes de quartier (PROPQUAR) par région est significatif, les estimations des paramètres sont très restreintes, et les probabilités qui en découlent indiquent seulement des augmentations légères quant à la probabilité d'une mauvaise santé de fraîche date pour les personnes vivant dans les régions ayant obtenu une cote élevée au chapitre de cet indice.

---

13 Comme les tableaux à entrées multiples produisent surtout des valeurs qui ne sont ni des estimations marginales ni des estimations non communicables, celles-ci ne sont pas mentionnées dans le rapport.

Malgré les limitations des mesures de l'état de santé qui ont été utilisées, les faibles nombres qui indiquent une mauvaise santé sont comparables à ceux des enquêtes sur l'ensemble des enfants canadiens. L'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada (1998, p. 3) révèle que 89 % des enfants ayant moins de 12 ans étaient en excellente ou en très bonne santé en 1996-1997. Si on regroupe l'état de santé et la mauvaise santé de fraîche date, les enfants immigrants de la catégorie A obtiennent une cote supérieure à celle des enfants non immigrants des catégories B et C. Même si la preuve n'est pas concluante, elle permet aussi de supposer que les probabilités relatives aux enfants dont les PCM proviennent de régions d'origine spécifique et les enfants qui identifient certains groupes ethnoculturels indiquent, dans certains cas, une possibilité accrue de mauvaise santé ou de mauvaise santé depuis peu, et cela exige une étude plus poussée. Les filles semblent s'en tirer mieux que les garçons, et les enfants issus d'une famille biparentale semblent en meilleure santé que ceux provenant d'une famille monoparentale. Il est surprenant que le fait de vivre dans une région métropolitaine diminue la possibilité générale d'une mauvaise santé, mais accroît la possibilité d'une mauvaise santé depuis peu. Il faut tenir compte de cette conclusion dans le contexte où le fait de vivre dans des niveaux supérieurs de concentration d'immigrants ou des niveaux supérieurs d'immigration récente réduit la possibilité d'une mauvaise santé. Bien que le fait de vivre dans les grandes villes peut avoir des répercussions à la fois positives et négatives sur la santé, par conséquent, *le fait* de vivre dans une ville peut être encore plus important. Dans l'ensemble, les conclusions dénotent une importante diversité au chapitre des tendances de soutien informel en ce qui a trait aux facteurs communautaires.

4.4 Soutien informel pour les enfants immigrants

Au nom de chaque ménage, la PCM devait répondre à l'énoncé « Si quelque chose n'allait pas, personne ne pouvait m'aider » (ASPHQ01A), selon une échelle de quatre points variant entre tout à fait d'accord et tout à fait en désaccord. En regroupant les réponses d'accord et tout à fait d'accord, nous avons créé le tableau 10, intitulé « Aucune aide ». Pour les ménages qui ont immigré il y a moins de cinq ans, les familles monoparentales comptant un enfant immigrant de la catégorie A et les familles monoparentales où le parent est un immigrant, mais l'enfant est un non immigrant de la catégorie B sont plus susceptibles d'indiquer n'avoir aucun soutien informel (respectivement 39,3 % et 73,6 %). Au fil du temps, on observe aussi une convergence chez les

trois catégories d'enfants et entre les enfants de familles monoparentales par rapport aux enfants de familles comptant deux parents ou deux adultes. La convergence laisse supposer qu'il faut absolument améliorer les services ou les modifier afin de répondre aux besoins spécifiques des immigrants dans le cas des immigrants de fraîche date, particulièrement ceux dont les difficultés de migration se combinent aux difficultés liés à la séparation de la famille.

Tableau 10 : **« Aucune aide » si quelque chose n'allait pas (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	4,1	9,6	*	
1 seul parent, immigrant	39,3	16,9	*	
B. Enfants non-immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	4,7	9,0	9,7	
1 seul parent, immigrant	73,6	12,6	4,5	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	*	[illegible]	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				[illegible]
1 seul parent				7,7

[illegible] Estimations non communicables : v.a. > 33,3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

Selon le même format mentionné ci-dessus, la PCM devait aussi répondre à l'énoncé « j'ai une famille et des amis qui m'aident à me sentir en sécurité, en sûreté et heureux » (ASPHQ01B). Les réponses « en désaccord » et « tout à fait en désaccord » sont regroupées dans le tableau 11 — « Famille et amis »; elles indiquent que, particulièrement s'il s'est écoulé moins de cinq années depuis l'immigration, les familles monoparentales où le parent est immigrant, mais l'enfant est non immigrant (catégorie B) sont plus susceptibles de déclarer n'avoir aucun soutien informel (45,1 %).

Les résultats des analyses de régression logistique à l'aide des coefficients de pondération de Statistique Canada se trouvent au tableau 12, qui fait état de ceux qui sont d'accord ou tout à fait d'accord (une seule réponse) et de ceux qui sont en désaccord ou tout à fait en désaccord avec la

réponse opposée à « aucune aide ». Seulement 1 096 PCM ont déclaré être d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé selon lequel elles n'avaient personne pour les aider. Les 20 359 PCM restantes sont en désaccord ou tout à fait en désaccord.

Tableau 11 : **« Ni famille ni amis » pour offrir un soutien (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	8,1	16,0	*	
1 seul parent, immigrant	9,8	*	*	
B. Enfants non-immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	3,3	15,2	7,1	
1 seul parent, immigrant	45,1	10,9	5,8	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	*	[redacted]	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				[redacted]
1 seul parent				8,5

[redacted] Estimations non communicables : v.a. > 33,3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

Même si une imposante majorité de parents estime avoir des amis et des parents pour les appuyer, certains ne constituent pas une préoccupation, particulièrement ceux qui ont immigré depuis peu et qui n'ont pas encore établi de réseau de soutien. Dans le modèle de base (tableau 12), pour les enfants immigrants de la catégorie A (IMMIGRAN) la probabilité des PCM qui indiquent n'avoir personne pour les aider augmente de près de 46 %. Dans le cas des variables relatives à l'origine régionale, les estimations de paramètres significatives des répondants du groupe des PCM en provenance d'Asie et d'ailleurs (AUTRE) indiquent que les PCM sont respectivement 42 et 23 % plus susceptibles de convenir qu'ils n'ont pour les aider si quelque chose va mal. Le fait d'être une famille monoparentale (UNPAR) accroît de 68 % la probabilité qu'il n'y ait personne pour l'aider, tandis que le fait de vivre dans une région métropolitaine (MÉTRO) accroît cette probabilité de 47 %.

trois catégories d'enfants et entre les enfants de familles monoparentales par rapport aux enfants de familles comptant deux parents ou deux adultes. La convergence laisse supposer qu'il faut absolument améliorer les services ou les modifier afin de répondre aux besoins spécifiques des immigrants dans le cas des immigrants de fraîche date, particulièrement ceux dont les difficultés de migration se combinent aux difficultés liés à la séparation de la famille.

Tableau 10 : **« Aucune aide » si quelque chose n'allait pas (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	4.1	9.6	*	
1 seul parent, immigrant	39.3	16.9	*	
B. Enfants non-immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	4.7	9.0	9.7	
1 seul parent, immigrant	73.6	12.6	4.5	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	*	5,0	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				5,1
1 seul parent				7,7

Estimations non communicables v.a. > 33.3

* < 10 observations dans le numérateur

Source ELNEJ 1994

Selon le même format mentionné ci-dessus, la PCM devait aussi répondre à l'énoncé « j'ai une famille et des amis qui m'aident à me sentir en sécurité, en sûreté et heureux » (ASPHQ01B). Les réponses « en désaccord » et « tout à fait en désaccord » sont regroupées dans le tableau 11 — « Famille et amis »; elles indiquent que, particulièrement s'il s'est écoulé moins de cinq années depuis l'immigration, les familles monoparentales où le parent est immigrant, mais l'enfant est non immigrant (catégorie B) sont plus susceptibles de déclarer n'avoir aucun soutien informel (45,1 %).

Les résultats des analyses de régression logistique à l'aide des coefficients de pondération de Statistique Canada se trouvent au tableau 12, qui fait état de ceux qui sont d'accord ou tout à fait d'accord (une seule réponse) et de ceux qui sont en désaccord ou tout à fait en désaccord avec la

réponse opposée à « aucune aide ». Seulement 1 096 PCM ont déclaré être d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé selon lequel elles n'avaient personne pour les aider. Les 20 359 PCM restantes sont en désaccord ou tout à fait en désaccord.

Tableau 11 : **« Ni famille ni amis » pour offrir un soutien (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A *Enfants immigrants*				
2 parents, les deux sont immigrants	8.1	16.0	*	
1 seul parent, immigrant	9.8	*	*	
B *Enfants non-immigrants de parents immigrants*				
2 parents, les deux sont immigrants	3.3	15.2	7.1	
1 seul parent, immigrant	45.1	10.9	5.8	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	*	5,3	
C *Enfants non immigrants de parents non immigrants*				
2 parents ou 2 adultes				5,6
1 seul parent				8.5

Estimations non communicables : v.a. > 33.3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

Même si une imposante majorité de parents estime avoir des amis et des parents pour les appuyer, certains ne constituent pas une préoccupation, particulièrement ceux qui ont immigré depuis peu et qui n'ont pas encore établi de réseau de soutien. Dans le modèle de base (tableau 12), pour les enfants immigrants de la catégorie A (IMMIGRAN) la probabilité des PCM qui indiquent n'avoir personne pour les aider augmente de près de 46 %. Dans le cas des variables relatives à l'origine régionale, les estimations de paramètres significatives des répondants du groupe des PCM en provenance d'Asie et d'ailleurs (AUTRE) indiquent que les PCM sont respectivement 42 et 23 % plus susceptibles de convenir qu'ils n'ont pour les aider si quelque chose va mal. Le fait d'être une famille monoparentale (UNPAR) accroît de 68 % la probabilité qu'il n'y ait personne pour l'aider, tandis que le fait de vivre dans une région métropolitaine (MÉTRO) accroît cette probabilité de 47 %.

Tableau 12 : **Modèles « aucune aide » à l'aide de la régression logistique**

		Modèle de base			Modèle de l'origine ethnique			Modèle de la collectivité			
Variable	FD	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Pr > khi-carré	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Probabilités (variation 10 %)
COORDONNÉE À L'ORIGINE	1	-3,1905	0,0001		-3,1631	0,0001		-3,30360	0,0001		
ÂGE	1	0,0057	0,5032	1,006	0,0052	0,5386	1,005	0,01040	0,2262	1,010	
FILLE	1	0,0962	0,0939	1,101	0,0983	0,0875	1,103	0,10240	0,0758	1,108	
EUROPE	1	-0,1756	0,1890	0,839	-0,1468	0,2908	0,863	-0,20580	0,1313	0,814	
ASIE	1	0,3469	0,0064	1,415	0,3961	0,0074	1,486	0,22440	0,0956	1,252	
AUTRE	1	0,2103	0,0381	1,234	0,2313	0,0313	1,260	0,11870	0,2667	1,126	
NIANGNIFR	1	-0,2245	0,4217	0,799	-0,1802	0,5225	0,835	-0,45720	0,1091	0,633	
IMMGRAN	1	0,3758	0,0049	1,456	0,3984	0,0031	1,489	0,29750	0,0277	1,346	
UNPAR	1	0,5209	0,0001	1,684	0,5320	0,0001	1,702	0,45330	0,0001	1,574	
MÉTRO	1	0,3836	0,0003	1,468	0,3824	0,0003	1,466	0,26080	0,0224	1,298	
MOYEN	1	0,0321	0,7934	1,033	0,0326	0,7907	1,033	0,00977	0,9371	1,010	
RURAL	1	0,1178	0,2974	1,126	0,1218	0,2853	1,130	0,05100	0,6608	1,052	
FRANÇAIS	1				-0,0468	0,4952	0,954				
ALLEMAND	1				-0,1546	0,1212	0,857				
ITALIEN	1				0,1895	0,1675	1,209				
CHINOIS	1				-0,2635	0,1850	0,768				
POLONAIS	1				-0,2707	0,1336	0,763				
PORTUG	1				-0,1968	0,4074	0,821				
SUDASIA	1				0,1093	0,6822	1,116				
NOIR	1				-0,4084	0,0906	0,665				
AMÉRIN	1				0,0039	0,9077	1,004				
PCT65	1							-0,00947	0,0713	0,991	0,910
TOTIMM	1							0,00718	0,0300	1,007	1,074
IMMRÉC	1							-0,00153	0,8680	0,998	0,985
SSCO	1							0,00933	0,0300	1,009	1,098
UNI	1							0,02250	0,0001	1,023	1,252
CHÔM25	1							-0,02280	0,6665	0,998	0,796
TRANSGOUV	1							0,01760	0,0026	1,018	1,192
REVMÉDF	1							-0,00000	0,0001	1,000	1,000
PROBQUAR	1							-0,00011	0,9459	1,000	0,999
Effectif de l'échantillon		21 455			21 455			21 455			

Source : ELNEJ, 1994

Tableau 13 : **Modèles « ni famille ni amis » pour offrir un soutien, à l'aide de la régression logistique**

		Modèle de base			Modèle de l'origine ethnique			Modèle de la collectivité			
Variable	FD	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Pr > khi-carré	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Probabilités (variation 10 %)
COORDONNÉE À L'ORIGINE	1	-2,6784	0,0001		-2,6237	0,0001		-3,27580	0,0001		
ÂGE	1	-0,0188	0,0225	0,981	-0,0193	0,0196	0,981	-0,01330	0,1108	0,987	
FILLE	1	-0,1034	0,0632	0,902	-0,1022	0,0677	0,903	-0,11310	0,0433	0,893	
EUROPE	1	0,0762	0,5130	1,079	0,1602	0,1937	1,174	0,11800	0,3275	1,125	
ASIE	1	-0,1814	0,2123	0,834	-0,3000	0,0805	0,741	-0,21580	0,1597	0,806	
AUTRE	1	0,2322	0,0159	1,261	0,2958	0,0045	1,344	0,23880	0,0197	1,270	
NIANGNIFR	1	-0,2681	0,3455	0,765	-0,2396	0,4055	0,787	-0,29460	0,3095	0,745	
IMMGRAN	1	0,4438	0,0006	1,559	0,4221	0,0014	1,525	0,36210	0,0063	1,436	
UNPAR	1	0,3740	0,0001	1,454	0,3881	0,0001	1,474	0,33130	0,0001	1,393	
MÉTRO	1	0,2481	0,0096	1,282	0,2464	0,0104	1,279	0,31560	0,0022	1,371	
MOYEN	1	-0,2265	0,0490	0,797	-0,2084	0,0712	0,812	-0,14890	0,2008	0,862	
RURAL	1	-0,1347	0,2018	0,874	-0,1205	0,2552	0,887	-0,25420	0,0183	0,776	
FRANÇAIS	1				0,4129	0,0001	1,511				
ALLEMAND	1				-0,6634	0,0001	0,515				
ITALIEN	1				-0,1327	0,3643	0,876				
CHINOIS	1				0,1492	0,4495	1,161				
POLONAIS	1				0,4220	0,0021	1,525				
PORTUG	1				-0,6440	0,0162	0,525				
SUDASIA	1				1,2277	0,0001	3,414				
NOIR	1				-0,3239	0,1657	0,723				
AMÉRIN	1				-0,0757	0,0814	0,927				
PCT65	1							0,00234	0,6378	1,002	1,024
TOTIMM	1							-0,02030	0,0001	0,980	0,816
IMMRÉC	1							0,07090	0,0001	1,073	2,032
SSCO	1							0,02540	0,0001	1,026	1,289
UNI	1							0,00950	0,0147	1,010	1,100
CHÔM25	1							-0,00005	0,3401	1,000	1,000
TRANSGOUV	1							0,00381	0,4692	1,004	1,039
REVMÉDF	1							0,00000	0,0218	1,000	1,000
PROBQUAR	1							-0,00353	0,0660	0,996	0,965
Effectif de l'échantillon		21 455			21 455			21 455			

Source : ELNEJ, 1994

Aucune des variables de l'identification ethnoculturelle n'est significative dans le modèle de l'origine ethnique (tableau 12). Cela ne signifie pas nécessairement qu'il n'existe aucune relation entre les facteurs ethnoculturels et les niveaux de soutien informels, mais seulement qu'on ne peut discerner une telle relation à l'aide de cet ensemble de données.

Dans le modèle de la collectivité (tableau 12), les secteurs qui font augmenter la probabilité d'« aucune aide » sont les suivants : les régions avec des niveaux supérieurs d'immigration (TOTIMM) (7 %); une proportion plus élevée d'adultes ayant moins d'une neuvième année (SSCO) (10 %); une proportion plus faible de la population ayant fait des études universitaires (UNI) (25 %); et une proportion du revenu du quartier provenant de transferts du gouvernement (TRANSGOUV) (10 %). Pour chaque écart de 10 % dans le paramètre, le revenu médian élevé de la famille (REVMEDF) n'a presque aucune répercussion, mais il est significatif.

On s'est servi de la même méthode de régression logistique et des facteurs de pondération de Statistique Canada pour déterminer si les ménages ont indiqué n'avoir ni famille ni amis pour les aider : 1 089 répondants sont en désaccord ou tout à fait en désaccord avec l'énoncé selon lequel ils n'ont ni famille ni amis pour les aider, tandis que les 20 366 restants sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé.

Dans le tableau 13, le modèle de base indique que les ménages où l'on retrouve des enfants immigrants de la catégorie A (IMMIGRAN) sont près de 56 % plus susceptibles d'indiquer n'avoir ni famille ni amis pour leur offrir un soutien. Le fait que l'enfant soit plus vieux (ÂGE) et qu'il vive dans une ville moyenne (MOYEN) diminue respectivement de 2 et de 20 % la possibilité que les enfants et leur famille n'aient ni famille ni amis pour leur offrir un soutien. À l'opposé, le fait que les PCM proviennent d'une autre région (AUTRE) accroît de 26 % la probabilité qu'elles indiquent n'avoir ni famille ni amis pour leur offrir un soutien; la probabilité augmente de 45 % s'il s'agit d'une famille monoparentale (UNPAR); le fait de vivre dans une région métropolitaine (MÉTRO) accroît la probabilité de 286 %. Ces conclusions indiquent un manque substantiel de soutien pour les familles immigrantes, les parents seuls et ceux qui vivent dans les villes les plus grandes.

Dans le modèle de l'origine ethnique (tableau 13), seuls les PCM dont les enfants ont indiqué appartenir au groupe ethnique ALLEMAND ou portugais (PORTUG) sont respectivement près

de 49 et 48 % moins susceptibles d'indiquer n'avoir ni famille ni amis pour leur offrir un soutien. À l'opposé, les PCM dont les enfants ont indiqué provenir du groupe ethnique FRANÇAIS, POLONAIS ou asiatique du Sud (SUDASIA) sont respectivement 51, 53 et 241 % plus susceptibles d'indiquer n'avoir ni famille ni amis pour leur offrir un soutien.

Le modèle de la collectivité (tableau 12) fournit des preuves pour les deux allégations selon lesquelles les importantes populations d'immigrants établis sont susceptibles d'offrir un environnement favorable et les régions où l'on retrouve d'importantes populations de nouveaux immigrants sont susceptibles d'offrir moins de soutien. Si on augmente une proportion de l'immigration totale (TOTIMM) de 10 %, les PCM sont 18 % moins susceptibles d'indiquer n'avoir ni famille ni enfants pour leur offrir un soutien. Si on augmente la proportion d'immigrants récents (IMMREC) de 10 %, les probabilités indiquent que les PCM sont 103 % plus susceptibles d'indiquer n'avoir ni famille ni amis pour leur offrir un soutien. Dans les régions où la population est sous-scolarisée (SSCO) et dans les régions où l'on retrouve un nombre important d'adultes ayant fait des études universitaires (UNI), les PCM sont plus susceptibles d'indiquer n'avoir ni famille ni enfants pour leur offrir un soutien (respectivement 29 et 10 %).

Si on combine les tableaux à multiples entrées et les analyses de régression logistique pour les deux questions, on obtient le portrait des familles avec des enfants immigrants de la catégorie A qui indiquent avoir manqué de soutien informel au cours des premières années qui ont suivi leur immigration au Canada. De façon constante, les ménages avec des enfants immigrants, les familles monoparentales et les familles vivant en région métropolitaine indiquent qu'il est moins probable qu'ils obtiennent un soutien informel. Il est difficile de discerner les tendances dans les données fondées sur la région d'origine ou l'origine ethnique, et nous ne pouvons certifier la mesure dans laquelle les besoins des familles immigrantes monoparentales font double emploi avec ceux d'autres familles canadiennes, mais il est clair que les réseaux de soutien informels jouent un rôle clé dans l'intégration des nouveaux immigrants et qu'ils varient considérablement d'un groupe à un autre et d'un endroit à un autre.

4.5 Soutien formel pour les enfants immigrants

On analyse le soutien formel offert aux enfants et à leur famille au moyen d'un ensemble de questions où l'on demande au répondant s'il a reçu de l'aide au cours des 12 derniers mois, soit par l'entremise de professionnels communautaires ou de professionnels des services sociaux (ASPHQO2A), de professionnels de la santé (ASPHQ02P) ou de chefs religieux ou spirituels (ASPHQ02C). Même si bon nombre des coefficients de variation sont trop importants pour être diffusés ou, tout au mieux, constituent des estimations marginales, il ne semble pas y avoir de tendance (voir les tableaux 14 à 16). Chez les enfants immigrants issus de familles monoparentales (catégorie A), le pourcentage qui a recours aux services communautaires, aux professionnels de la santé et aux services religieux augmente entre 0 à 4 ans et 5 à 9 ans depuis leur immigration. Le pourcentage passe de 13,4 % à 47,0 % dans le cas des services communautaires, de 12,8 % à 51,6 % dans le cas des professionnels de la santé et de 13,9 % à 35,8 % en ce qui a trait au recours aux services religieux. Il semble que, lorsque les parents et les enfants immigrants sont plus informés au sujet des services formels, ils y recourent davantage. On pourrait aussi penser que l'augmentation reflète les problèmes croissants du rôle monoparental au fil du temps.

Tableau 14 : **Recours aux services communautaires (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	10,1	5,5	*	
1 seul parent, immigrant	13,4	47,0	*	
B. Enfants non immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	11,9	12,9	5,6	
1 seul parent, immigrant	*	55,4	21,8	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	32,1	7,2	12,8	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				11.9
1 seul parent				34.3

Estimations non communicables : v.a. > 33,3

Estimations marginales : 16,6 < v.a. < 33,3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

Tableau 15 : Recours aux professionnels de la santé (pourcentage)

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	16,0	13,9	*	
1 seul parent, immigrant	12,8	51,6	*	
B. Enfants non immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	17,2	12,0	16,2	
1 seul parent, immigrant	21,8	35,5	24,9	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	10,9	25,2	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				23,2
1 seul parent				37,3

Estimations non communicables : v.a. > 33,3

Estimations marginales : 16,6 < v.a. < 33,3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

Tableau 16 : **Recours aux services religieux (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	22,1	12,2	*	
1 seul parent, immigrant	13,9	35,8	*	
B. Enfants non immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	7,2	13,1	7,3	
1 seul parent, immigrant	*	20,0	11,9	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	12,9	14,5	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				9,7
1 seul parent				13,7

Estimations non communicables : v.a. > 33,3

Estimations marginales : 16,6 < v.a. < 33,3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

En ce qui a trait aux services communautaires (tableau 17), 3 188 répondants ont indiqué avoir reçu de l'aide d'un professionnel communautaire ou d'un professionnel des services sociaux, tandis que 18 267 ont répondu de façopn négative. Le modèle de base, qui utilise la régression logistique et les facteurs de pondération de Statistique Canada, révèle que, si l'enfant est

4.5 Soutien formel pour les enfants immigrants

On analyse le soutien formel offert aux enfants et à leur famille au moyen d'un ensemble de questions où l'on demande au répondant s'il a reçu de l'aide au cours des 12 derniers mois, soit par l'entremise de professionnels communautaires ou de professionnels des services sociaux (ASPHQ02A), de professionnels de la santé (ASPHQ02P) ou de chefs religieux ou spirituels (ASPHQ02C). Même si bon nombre des coefficients de variation sont trop importants pour être diffusés ou, tout au mieux, constituent des estimations marginales, il ne semble pas y avoir de tendance (voir les tableaux 14 à 16). Chez les enfants immigrants issus de familles monoparentales (catégorie A), le pourcentage qui a recours aux services communautaires, aux professionnels de la santé et aux services religieux augmente entre 0 à 4 ans et 5 à 9 ans depuis leur immigration. Le pourcentage passe de 13,4 % à 47,0 % dans le cas des services communautaires, de 12,8 % à 51,6 % dans le cas des professionnels de la santé et de 13,9 % à 35,8 % en ce qui a trait au recours aux services religieux. Il semble que, lorsque les parents et les enfants immigrants sont plus informés au sujet des services formels, ils y recourent davantage. On pourrait aussi penser que l'augmentation reflète les problèmes croissants du rôle monoparental au fil du temps.

Tableau 14 : **Recours aux services communautaires (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	10,1	5,5	*	
1 seul parent, immigrant	13,4	47,0	*	
B. Enfants non immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	11,9	12,9	5,6	
1 seul parent, immigrant	*	55,4	21,8	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	32,1	7,2	12,8	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				11.9
1 seul parent				34.3

Estimations non communicables c.v. > 33.3

Estimations marginales 16.6 < c.v. < 33.3

* < 10 observations dans le numérateur

Source ELNEJ 1994

Tableau 15 : Recours aux professionnels de la santé (pourcentage)

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	16,0	13,9	*	
1 seul parent, immigrant	12,8	51,6	*	
B. Enfants non immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	17,2	12,0	16,2	
1 seul parent, immigrant	21,8	35,5	24,9	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	10,9	25,2	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				23,2
1 seul parent				37,3

Estimations non communicables v.a. > 33.3

Estimations marginales 16.6 < v.a. < 33.3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

Tableau 16 : **Recours aux services religieux (pourcentage)**

Immigrant de la catégorie de la famille	Années écoulées depuis l'immigration 0 à 4	5 à 9	10 +	Non immigrant
A. Enfants immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	22,1	12,2	*	
1 seul parent, immigrant	13,9	35,8	*	
B. Enfants non immigrants de parents immigrants				
2 parents, les deux sont immigrants	7,2	13,1	7,3	
1 seul parent, immigrant	*	20,0	11,9	
2 parents, 1 immigrant ou 1 parent immigrant, 1 autre adulte	*	12,9	14,5	
C. Enfants non immigrants de parents non immigrants				
2 parents ou 2 adultes				9,7
1 seul parent				13,7

Estimations non communicables v.a. > 33.3

Estimations marginales 16.6 < v.a. < 33.3

* < 10 observations dans le numérateur

Source : ELNEJ, 1994

En ce qui a trait aux services communautaires (tableau 17), 3 188 répondants ont indiqué avoir reçu de l'aide d'un professionnel communautaire ou d'un professionnel des services sociaux, tandis que 18 267 ont répondu de façopn négative. Le modèle de base, qui utilise la régression logistique et les facteurs de pondération de Statistique Canada, révèle que, si l'enfant est

immigrant, la probabilité qu'il recoure aux services communautaires ou aux services sociaux diminue de 22 % (IMMGRAN). La probabilité du recours aux services communautaires baisse aussi légèrement selon l'âge de l'enfant (ÂGE). Si la région de naissance de la PCM est l'EUROPE ou l'ASIE, la probabilité du recours aux services communautaires chute respectivement de 31 et de 30 %. La probabilité du recours aux services communautaires diminue aussi de 53 % si la PCM ne parle aucune langue officielle (NIANGNIFR); en outre, si les enfants vivent en région métropolitaine (MÉTRO) et dans des villes moyennes (MOYEN), la probabilité diminue respectivement de 15 et de 16 %. À l'opposé, dans le cas d'un enfant issu d'une famille monoparentale (UNPAR) la probabilité du recours aux services communautaires s'accroît de 286 %.

Si on tient compte des identificateurs du groupe ethnique dans le modèle de l'origine ethnique (tableau 17) où l'on utilise la régression logistique et les facteurs de pondération de Statistique Canada, la probabilité du recours aux services communautaires augmente de près de 18 % dans le cas des enfants d'origine française (FRANÇAIS). Dans le cas des enfants provenant du groupe ethnique ITALIEN, CHINOIS, portugais (PORTUG) ou NOIR, la probabilité du recours aux services communautaires chute respectivement de 25 %, 50 %, 61 % et 38 %.

Dans le modèle de la collectivité (tableau 17), où l'on utilise la régression logistique et les facteurs de pondération de Statistique Canada, une augmentation de 10 % de la proportion d'immigrants dans une région diminue de 7 % la probabilité du recours aux services communautaires et aux services sociaux. Un écart de 10 % du nombre d'adultes ayant moins d'une neuvième année réduit la probabilité du recours aux services communautaires et aux services sociaux de 14 %, tandis qu'un écart de 10 % dans la proportion d'adultes ayant fait des études universitaires réduit cette même probabilité de 9 %. Une augmentation de 10 % du revenu dans une région, à la suite de transferts du gouvernement, augmente la probabilité du recours aux services communautaires et aux services sociaux de 14 %. Même si l'indice des problèmes de quartier (PROBQUAR) est significatif et associé à une probabilité moindre de recours aux services communautaires, les probabilités sont inférieures à une incidence de 4 % en termes relatifs.

Ensemble, les modèles laissent supposer que le recours aux services communautaires est moins probable chez les enfants immigrants de la catégorie A, particulièrement si la PCM ne parle

aucune langue officielle. La région d'origine de la PCM, les variables de l'origine ethnique/culturelle pour les enfants, les répercussions liées à la taille de la ville et bon nombre de variables du modèle de la collectivité sont conformes à la perception selon laquelle les enfants immigrants et les nouvelles familles immigrantes sont moins susceptibles d'accéder aux services communautaires. Même si cela peut être attribuable à un besoin moindre, l'explication la plus plausible est que les obstacles culturels et linguistiques empêchent de recourir davantage à ces services (voir Masi et coll., 1993). Une des variables qui va dans le sens opposé est lié au fait que l'enfant a un seul parent, peu importe si les parents sont immigrants ou non. Les familles monoparentales sont plus susceptibles de recourir aux services communautaires et aux services sociaux, et on ne peut grère douter que le recours soit lié aux nombreux problèmes auxquels sont confrontés quotidiennement les enfants et leurs parents uniques.

Quant au recours aux professionnels de la santé pour obtenir de l'aide concernant des problèmes personnels, 5 192 participants ont répondu positivement, et 16 263, négativement. Voilà un des rares cas où le fait d'être un enfant immigrant de la catégorie A n'est pas significatif, à $p<0,05$ dans le modèle de base (tableau 18), si on applique la régression logistique et les facteurs de pondération de Statistique Canada. Toutefois, la probabilité accrue de recours aux professionnels de la santé est fortement liée au fait d'être un parent unique (UNPAR) et faiblement liée au fait d'être une fille (FILLE). Les probabilités indiquent que les parents seuls sont 95 % moins susceptibles de recourir aux professionnels de la santé, tandis que, dans le cas des filles, la probabilité augmente de 8 %. Les variables restantes statistiquement significatives sont liées à une propension moindre à recourir aux professionnels de la santé. La PCM en provenance d'une des trois régions d'origine réduit de 14 % la probabilité du recours aux professionnels de la santé dans le cas de l'EUROPE, de 30 % pour l'ASIE et de 28 % pour la catégorie AUTRES. Le fait d'habiter dans une région métropolitaine (MÉTRO), une ville moyenne (MOYEN) ou en région rurale (RURAL) réduit aussi la probabilité du recours aux professionnels de la santé de 21 %, de 13 % et de 11 % respectivement.

Dans le modèle du groupe ethnique, où l'on utilise la régression logistique et les facteurs de pondération de Statistique Canada (tableau 18), les enfants dont l'identificateur du groupe ethnique correspond à FRANÇAIS ou ITALIEN sont respectivement 20 et 24 % plus susceptibles de recourir aux services de professionnels de la santé. À l'opposé, les enfants qui

appartiennent au groupe ethnique CHINOIS, ou sud-asiatique (SUDASIA) sont respectivement 37 et 40 % moins susceptibles de recourir aux services de professionnels de la santé.

Une augmentation de 10 % de la proportion d'immigrants dans une région (TOTIMM) entraîne une diminution de 7 % de la probabilité du recours aux services d'un professionnel de la santé dans le modèle de la collectivité, où l'on utilise la régression logistique et les facteurs de pondération de Statistique Canada (tableau 18). À l'opposé, une augmentation de 10 % de la proportion d'immigrants *récents* dans une région (IMMREC) accroît la probabilité du recours aux services des professionnels de la santé de 47 %. Le revenu médian des familles (REVMEDF), le chômage chez les plus de 25 ans (CHÔM25) et les problèmes de quartier (PROBQUAR) sont tous significatifs, mais touchent seulement partiellement les probabilités. Même si les immigrants utilisent moins les services en général, ils sont cependant plus susceptibles de se tourner vers les professionnels de la santé. Compte tenu de leur meilleur état de santé, nous pensons que cela est davantage lié au manque d'accès et aux obstacles à leur participation dans d'autres secteurs.

Si on compare et que l'on oppose le recours aux professionnels de la santé au recours aux professionnels communautaires et aux professionnels des services sociaux, un nombre supérieur de répondants ont indiqué chercher de l'aide auprès des professionnels de la santé par rapport aux professionnels communautaires et aux professionnels des services sociaux. Ce qui n'est pas surprenant, compte tenu du fait que la plupart des familles sont plus susceptibles d'identifier rapidement un professionnel de la santé (particulièrement les médecins de famille ou les omnipraticiens) dans leur quartier ou près de leur travail et de présumer qu'il n'y aura aucun coût pour consulter un professionnel de la santé, grâce aux régimes provinciaux d'assurance-maladie[14]. Ou bien, il n'y a aucun moyen de savoir si les taux supérieurs de recours aux services des professionnels de la santé sont imputables à une combinaison de problèmes de santé physique et de problèmes de santé personnelle.

Dans le cas des variables définies dans les trois modèles du tableau 18, on observe une similitude marquée avec celles abordées en ce qui a trait au recours aux professionnels communautaires et aux professionnels des services sociaux. Là encore, le fait d'être un parent unique ressort au

14 En fait, cette hypothèse peut être erronée, selon la nature du problème personnel et selon que le médecin peut trouver un code de facturation applicable en vertu du régime provincial d'assurance-maladie.

moment de comprendre la probabilité du recours accru aux services fournis par les professionnels de la santé. Ensemble, le facteur de la région d'origine de la PCM et celui de l'identité du groupe ethnique sous-tendent que, pour certains groupes, les enfants et leur famille font face à des obstacles aux services de santé.

Le dernier ensemble de modèle de régression logistique à l'aide des facteurs de pondération de Statistique Canada est résumé au tableau 19. Dans ces modèles, nous avons examiné le recours aux services religieux en tant que mécanisme de soutien formel. Seulement 2 456 répondants ont indiqué avoir cherché de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel, par rapport à 18 999 qui ont répondu négativement à la question.

Dans le modèle de base (tableau 19), le fait d'être un enfant immigrant de la catégorie A (IMMIGRAN) accroît de 79 % la probabilité de demander de l'aide à un chef religieux ou spirituel. Si l'enfant est plus vieux (ÂGE) et qu'il s'agit d'une FILLE, la probabilité de chercher de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel augmente respectivement de 3 et de 10 %.Le groupe d'origine AUTRE augmente aussi la probabilité de chercher de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel de 52 %. Le fait d'être un parent seul (UNPAR) augmente la probabilité de chercher de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel de près de 48 %. Par contre, si la PCM ne parle aucune des langues officielles (NIANGNIFR) la probabilité de chercher de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel diminue de 71 %, tandis que le fait de vivre dans une région métropolitaine (MÉTRO) diminue cette probabilité de 22 %.

Les répondants dont les enfants s'identifient au groupe ethnique FRANÇAIS ou CHINOIS dans le modèle du groupe ethnique (tableau 19) sont respectivement 30 et 67 % moins susceptibles d'obtenir de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel. Par ailleurs, les répondants dont les enfants appartiennent au groupe ethnique ou culturel ALLEMAND ou NOIR sont respectivement 72 et 56 % plus susceptibles d'obtenir de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel.

Dans le modèle de la collectivité (tableau 19), une augmentation de 10 % de la proportion d'immigrants (TOTIMM) accroît de 21 % la probabilité du recours au chef religieux ou spirituel pour obtenir un soutien. En revanche, une augmentation de 10 % de la proportion d'immigrants *récents* (IMMREC), de la population ayant moins d'une neuvième année ou de la population

ayant fait des études universitaires réduit respectivement de 31 %, de 20 % et de 24 % la probabilité du recours au chef religieux ou spirituel pour obtenir un soutien. L'incidence de la variable du revenu médian de la famille (REVMEDF) et l'indice du problème de quartier (PROBQUAR) sont significatifs, mais n'ont que de légères répercussions sur les probabilités.

Bien que les résultats du tableau 19 ne soient pas aussi convaincants que ceux des tableaux 17 et 18, ils concordent avec bon nombre des variables essentielles déjà définies. Même si moins de répondants ont indiqué rechercher de l'aide auprès des chefs religieux et spirituels, on remarque que les familles ayant des enfants immigrants et les familles et les enfants dont l'attachement religieux est susceptible d'être plus fort ou mieux organisé, notamment dans les régions d'immigrants établis, sont plus susceptibles de chercher de l'aide auprès d'un chef religieux ou spirituel. Toutefois, en l'absence de mesures de la religiosité, il faut se montrer prudent avant d'accorder trop d'importance à un groupe ethnique ou culturel individuel. Les parents seuls ont indiqué être plus susceptibles de chercher de l'aide. Enfin, soulignons que la PCM rencontre même des obstacles au moment d'obtenir de l'aide d'un chef religieux et spirituel si elle ne parle aucune langue officielle et habite dans une région où l'immigration est récente, car la langue et les premières années qui suivent l'immigration sont essentielles au moment d'accéder à l'ensemble des services formels.

Tableau 17 : **Modèles du recours aux services communautaires à l'aide de la régression logistique**

		Modèle de base			Modèle de l'origine ethnique			Modèle de la collectivité			
Variable	FD	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Pr > khi-carré	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Probabilités (variation 10 %)
COORDONNÉE À L'ORIGINE	1	-1,8038	0,0001		-1,7802	0,0001		-1,57830	0,0001		
ÂGE	1	-0,0138	0,0184	0,986	-0,0147	0,0120	0,985	-0,01380	0,0185	0,986	
FILLE	1	-0,0080	0,8403	0,992	-0,0117	0,7669	0,988	-0,00501	0,8993	0,995	
EUROPE	1	-0,3726	0,0002	0,689	-0,2396	0,0217	0,787	-0,31110	0,0024	0,733	
ASIE	1	-0,3436	0,0041	0,709	-0,1162	0,3822	0,980	-0,21190	0,0863	0,809	
AUTRE	1	0,0939	0,2194	1,098	0,2341	0,0040	1,264	0,17270	0,0309	1,189	
NIANGNIFR	1	-0,7639	0,0050	0,466	-0,6657	0,0153	0,514	-0,72070	0,0086	0,486	
IMMGRAN	1	-0,2497	0,0490	0,779	-0,2621	0,0404	0,769	-0,22290	0,0808	0,800	
UNPAR	1	1,3494	0,0001	3,855	1,3542	0,0001	3,874	1,34100	0,0001	3,823	
MÉTRO	1	-0,1681	0,0089	0,845	-0,148	0,0217	0,862	0,00487	0,9444	1,005	
MOYEN	1	-0,1806	0,0138	0,835	-0,1694	0,0212	0,844	-0,13800	0,0631	0,871	
RURAL	1	-0,8420	0,2151	0,919	-0,0917	0,1773	0,912	-0,07430	0,2832	0,928	
FRANÇAIS	1				0,1642	0,0002	1,178				
ALLEMAND	1				0,1174	0,0559	1,125				
ITALIEN	1				-0,2873	0,0111	0,750				
CHINOIS	1				-0,6939	0,0005	0,500				
POLONAIS	1				-0,0508	0,6595	0,950				
PORTUG	1				-0,9424	0,0001	0,390				
SUDASIA	1				0,2089	0,3570	1,232				
NOIR	1				-0,4779	0,0040	0,620				
AMÉRIN	1				-0,0361	0,1609	0,965				
PCT65	1							0,00067	0,8525	1,001	1,007
TOTIMM	1							-0,00767	0,0032	0,992	0,926
IMMRÉC	1							0,00164	0,8375	1,002	1,017
SSCO	1							-0,01500	0,0001	0,985	0,861
UNI	1							-0,00923	0,0023	0,991	0,912
CHÔM25	1							-0,00001	0,2316	1,000	1,000
TRANSGOUV	1							0,01310	0,0007	1,013	1,140
REVMÉDF	1							-0,00000	0,2789	1,000	1,000
PROBQUAR	1							-0,00315	0,0115	0,997	0,969
Effectif de l'échantillon		21 455			21 455			21 455			

Source : ELNEJ, 1994

Table 18 : **Modèles du recours aux professionnels de la santé à l'aide de la régression logistique**

		Modèle de base			Modèle de l'origine ethnique			Modèle de la collectivité			
Variable	FD	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Pr > khi-carré	Estimation des paramètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Probabilités (variation 10 %)
COORDONNÉE À L'ORIGINE	1	-1,0424	0,0001		-1,0609	0,0001		-1,16070	0,0001		
ÂGE	1	-0,0080	0,0929	0,992	-0,0088	0,0630	0,991	-0,00759	0,1118	0,992	
FILLE	1	0,0723	0,0247	1,075	0,0765	0,0178	1,079	0,06590	0,0412	1,068	
EUROPE	1	-0,1463	0,0498	0,864	-0,1116	0,1514	0,894	-0,15970	0,0360	0,852	
ASIE	1	-0,3620	0,0001	0,696	-0,0892	0,4063	0,915	-0,42940	0,0001	0,651	
AUTRE	1	-0,3331	0,0001	0,717	-0,2141	0,0031	0,807	-0,35440	0,0001	0,702	
NIANGNIFR	1	-0,1129	0,5294	0,893	-0,0683	0,7247	0,938	-0,07790	0,3678	0,925	
IMMGRAN	1	-0,1840	0,0767	0,832	-0,1505	0,1499	0,860	-0,23210	0,0268	0,793	
UNPAR	1	0,6687	0,0001	1,952	0,6756	0,0001	1,965	0,69740	0,0001	2,009	
MÉTRO	1	-0,2342	0,0001	0,791	-0,229	0,0001	0,795	-0,26820	0,0001	0,765	
MOYEN	1	-0,1343	0,0252	0,874	-0,1263	0,0357	0,881	-0,14140	0,0200	0,868	
RURAL	1	-0,1141	0,0406	0,892	-0,1094	0,0501	0,896	-0,10200	0,7340	0,903	
FRANÇAIS	1				0,1860	0,0001	1,204				
ALLEMAND	1				0,0822	0,1019	1,086				
ITALIEN	1				0,2142	0,0061	1,239				
CHINOIS	1				-0,4675	0,0014	0,627				
POLONAIS	1				-0,0915	0,3146	0,913				
PORTUG	1				-0,0256	0,8453	0,975				
SUDASIA	1				-0,5062	0,0344	0,603				
NOIR	1				-0,2389	0,1029	0,787				
AMÉRIN	1				0,0296	0,1530	0,971				
PCT65	1							0,00007	0,9810	1,000	1,001
TOTIMM	1							-0,00738	0,0004	0,993	0,929
IMMRÉC	1							0,03850	0,0001	1,039	1,470
SSCO	1							0,00370	0,1326	1,004	1,038
UNI	1							-0,00000	0,9967	1,000	1,000
CHÔM25	1							-0,00002	0,0335	1,000	1,000
TRANSGOUV	1							-0,00542	0,0922	0,995	0,947
REVMÉDF	1							0,00000	0,0002	1,000	1,000
PROBQUAR	1							-0,00651	0,0001	0,994	0,937
Effectif del'échantillon		21 455			21 455			21 455			

Source : ELNEJ, 1994

Table 19 : **Modèles du recours aux services religieux à l'aide de la régression logistique**

		Modèle de base			Modèle de l'origine ethnique			Modèle de la collectivité			
Variable	FD	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Pr > khi-carré	Estimation des para-mètres	Pr > khi-carré	Probabilités Ratio	Probabilités (variation 10 %)
COORDONNÉE À L'ORIGINE	1	-2,3421	0,0001		-2,3939	0,0001		-2,03450	0,0001		
ÂGE	1	0,0252	0,0001	1,026	0,0264	0,0001	1,027	0,02330	0,0004	1,024	
FILLE	1	0,1060	0,0168	1,112	0,0988	0,0267	1,104	0,10070	0,0239	1,106	
EUROPE	1	-0,1850	0,0874	0,831	-0,2528	0,0240	0,777	-0,30040	0,0061	0,741	
ASIE	1	0,0087	0,9433	1,009	0,3310	0,0140	1,392	-0,09520	0,4533	0,909	
AUTRE	1	0,4192	0,0001	1,521	0,3849	0,0001	1,469	0,32640	0,0001	1,386	
NIANGNIFR	1	-1,2486	0,0004	0,287	-1,1572	0,0011	0,314	-1,23320	0,0005	0,291	
IMMGRAN	1	0,5846	0,0001	1,794	0,6102	0,0001	1,841	0,65820	0,0001	1,931	
UNPAR	1	0,3898	0,0001	1,477	0,3728	0,0001	1,452	0,45450	0,0001	1,575	
MÉTRO	1	-0,2512	0,0009	0,778	-0,2549	0,0008	0,775	-0,35670	0,0001	0,700	
MOYEN	1	-0,0784	0,3529	0,925	-0,1026	0,2262	0,902	-0,14340	0,0939	0,866	
RURAL	1	0,1178	0,1266	1,125	0,1037	0,1810	1,109	0,24700	0,0018	1,280	
FRANÇAIS	1				-0,3517	0,0001	0,703				
ALLEMAND	1				0,5437	0,0001	1,722				
ITALIEN	1				0,1272	0,2601	1,136				
CHINOIS	1				-1,0967	0,0001	0,334				
POLONAIS	1				0,0952	0,4248	1,100				
PORTUG	1				-0,1424	0,4453	0,867				
SUDASIA	1				-0,2639	0,3151	0,768				
NOIR	1				0,4431	0,0034	1,557				
AMÉRIN	1				0,0339	0,1682	1,035				
PCT65	1							-0,00837	0,0517	0,992	0,920
TOTIMM	1							0,01910	0,0001	1,019	1,210
IMMRÉC	1							-0,03640	0,0001	0,964	0,695
SSCO	1							-0,02190	0,0001	0,978	0,803
UNI	1							-0,02690	0,0001	0,973	0,764
CHÔM25	1							-0,00000	0,4928	1,000	1,000
TRANSGOUV	1							-0,00572	0,2294	0,994	0,944
REVMÉDF	1							0,00000	0,0053	1,000	1,000
PROBQUAR	1							0,00152	0,0039	0,996	1,015
Effectif de l'échantillon		21 455			21 455			21 455			

Source : ELNEJ, 1994

5. Conclusions

La présente analyse dépeint un portrait complexe de la comparaison entre les enfants immigrants et non immigrants. Manifestement, le contexte familial spécifique de l'enfant est crucial dans tous les domaines. Les enfants issus d'une famille monoparentale sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé, d'accéder à moins de soutiens sociaux informels et de recourir davantage aux professionnels communautaires et aux professionnels des services sociaux, aux professionnels de la santé et aux chefs religieux et spirituels. Même si ces conclusions s'appliquent, à n'en pas douter, à toutes les familles monoparentales, il importe de reconnaître les conditions spécifiques auxquelles font face les familles monoparentales immigrantes, particulièrement en raison des répercussions cumulées de la condition monoparentale et du statut d'immigrant de fraîche date.

Les répercussions de l'immigration, de l'origine ethnique et de la région d'origine sont plus perceptibles dans les modèles de soutiens informels et formels, et particulièrement dans les modèles de soutiens formels, que dans les modèles qui étudient l'état de santé. On remarque des répercussions uniformes et perceptibles associées au français, en ce qui a trait à l'origine ethnique ou à l'identification culturelle de l'enfant et au soutien formel. Si nous considérons que cette répercussion reflète surtout les enfants et les familles qui vivent au Québec et un environnement de service très différent du reste du Canada, cela suppose qu'il faut une analyse plus détaillée et plus en profondeur qui transcende ce qu'on peut faire avec les données de l'ELNEJ. Toutefois, de façon plus générale, ces résultats indiquent que la communauté ethnoculturelle joue un rôle important dans la mise en place de réseaux de soutiens formels et informels et en ce qui a trait à leur accès. Le fait que ces réseaux soient considérablement plus élaborés chez les groupes ethnoculturels mieux établis indique aussi qu'il faut centrer l'attention sur les préoccupations des groupes immigrants de fraîche date.

On remarque aussi des répercussions uniformes et perceptibles associées à l'ASIE en ce qui a trait à la région d'origine de la PCM et au groupe chinois et sud-asiatique en ce qui a trait à l'identification ethnique de l'enfant. Ces variables accroissent la probabilité selon laquelle les répondants indiquent n'avoir aucun soutien informel ni formel. Nous pourrions saisir les tendances changeantes de l'immigration au Canada et le fait que des proportions bien plus grandes d'immigrants arrivent désormais au Canada en provenance de l'Asie de l'Est et de l'Asie

du Sud. Cette conclusion étaye aussi la nécessité de procéder à une analyse plus détaillée et plus en profondeur.

Sur le plan géographique, on observe d'importants écarts entre les grandes régions urbaines et le reste du Canada. Les enfants et leur famille qui vivent dans les grandes régions métropolitaines ont moins accès aux soutiens informels et sont aussi moins susceptibles de recourir aux services formels que les enfants et leur famille ayant des caractéristiques comparables dans d'autres régions urbaines et rurales. Il ne faut pas oublier, toutefois, que bon nombre des enfants dont les taux d'utilisation sont plus élevés (particulièrement ceux n'ayant qu'un parent et les immigrants) tendent aussi à se concentrer dans les grandes régions métropolitaines. Le contraste critique entre les régions d'immigrants établis et les régions de nouveaux immigrants est également examiné dans la présente étude. Enfin, il y a une preuve logique qui appuie la proposition selon laquelle les relations entre l'état de santé, le soutien informel et le soutien formel se révèlent elles-mêmes de façon plus évidente dans les quartiers de nos grandes zones métropolitaines qui sont défavorisées socialement et économiquement à d'autres chapitres.

Dans l'ensemble, l'analyse établit un bien-fondé solide pour les tentatives visant à étendre l'ELNEJ dans les grandes régions métropolitaines. Notre analyse révèle que la plupart des problèmes associés à la santé, aux soutiens informels et aux soutiens formels chez les enfants immigrants et leur famille sont susceptibles de mettre l'accent sur les grandes régions métropolitaines où les enfants immigrants et les familles immigrantes sont concentrés. Si on n'apporte aucun changement, les futurs chercheurs disposeront toujours seulement de 367 observations, ou moins de 2 %, sur environ 22 831 dans le cycle 1 de l'ELNEJ, que l'on peut, sans ambiguïté, classer comme étant des enfants immigrants de parents immigrants. Dans les cycles futurs de l'ELNEJ, on devrait accorder la priorité absolue à un segment plus riche de la base de données qui porte sur les questions de ce type liées aux enfants immigrants.

Maintenant que les variables de la santé des enfants sont disponibles, il serait intéressant de revenir en arrière et de répéter les analyses effectuées dans la présente étude. Toutefois, nous serions surpris de constater des différences majeures au chapitre de l'état de santé entre les enfants immigrants et les enfants non immigrants, toutes choses étant égales par ailleurs. Elles seraient aussi utiles aux fins de contrôle du statut socio-économique des ménages. Dans un autre ensemble de modèles expérimentaux, qui ne sont pas exposés dans le présent rapport, on a

intégré une mesure dérivée du statut socio-économique des ménages dans les modèles de régression logistique comparables à ceux soumis dans le présent rapport. Même si les estimations de paramètres individuels ont légèrement changé, la structure globale des modèles demeure pratiquement inchangée en ce qui a trait au rôle des variables essentielles de la famille, de l'immigration, de l'origine ethnique et de la collectivité, même si le rôle du statut socio-économique proprement dit est statistiquement significatif. En d'autres mots, les variables qui sont statistiquement significatives dans les modèles abordés dans le présent rapport sont les mêmes variables qui sont statistiquement significatives dans les modèles expérimentaux que nous avons décidé de ne pas inclure. En se servant des mesures améliorées de l'état de santé ou du statut socio-économique du ménage, il pourrait aussi être intéressant de vérifier diverses répercussions sur l'interaction, particulièrement à l'aide de variables comme la monoparentalité, le fait que la PCM ne parle aucune langue officielle, le fait que l'enfant est immigrant ou non immigrant et l'écart entre l'état de santé et le statut socio-économique.

Enfin, d'un point de vue politique, le rapport soulève deux questions cruciales. D'abord, il existe des preuves concluantes que le manque de soutiens informels et le recours aux soutiens formels sont reliés à la langue et à d'autres questions ethniques et culturelles dans le cas des enfants immigrants et de leur famille, notamment au cours des toutes premières années après l'immigration. Il y a lieu de cerner ces obstacles et de les éliminer, plus particulièrement dans les plus grandes villes où la concentration d'immigrants et de néo-Canadiens est élevée. Même si on ne peut rien dire au sujet du processus de racialisation des nouveaux immigrants à l'aide des données disponibles, on ne devrait pas faire abstraction du fait que la plupart des immigrants sont désormais des minorités visibles si on veut tenter de comprendre leur expérience à leur arrivée au Canada. En deuxième lieu, les enfants issus d'une famille monoparentale immigrante et non immigrante n'ont pas de soutiens informels et, concomitamment, ont recours aux services de soutiens formels plus souvent que les enfants issus d'une famille biparentale. Il ne devrait donc pas être surprenant de constater que la pauvreté est le facteur qui influe le plus sur les expériences des familles monoparentales; c'est pourquoi des études doivent être entreprises afin de cerner les facteurs culturels qui influent sur les réseaux de soutien et sur les ressources dont disposent les parents seuls. L'élaboration de programmes visant à favoriser le premier élément et à réduire le deuxième représente un défi de politique publique d'une ampleur incommensurable.

Bibliographie

Anderson, Joan M. « Ethnicity and illness experience: Ideological structures and the health care delivery system », *Social Science and Medicine,* vol. 22, n° 11 (1986), pp. 1277-1283.

Anderson, Joan M. « Ethnocultural communities as partners in research », dans *Health and Cultures: Exploring the Relationships*, vol. I, sous la direction de Ralph Masi, Lynette Mensah et Keith A. McLeod (1993), pp. 319-328, Toronto, Mosaic.

Beaujot, Roderic. « The socio-demographic impact of immigration », dans *The Immigration Dilemma*, Steven Globerman (dir.) (1992), pp. 43-77,Vancouver (Colombie-Britannique), The Fraser Institute.

Berryman, Jack. « Immigrant children and the importance of self-esteem in second language learning », *Multiculturalism*, vol. 2 (1984), pp. 13-17.

Beiser, Morton, Dion, René, Gotowiec, Andrew. « Hyman, Ilene and Nhi Vu », *Immigrant and refugee children in Canada*, Culture/Community/Health Studies, Institut psychiatrique Clarke (1995).

Bollini, P. « Health policies for immigrant populations in the 1990s: A comparative study », *International Migration,* vol. 30, numéro spécial, pp. 103-119.

Boyd, Monica. « At a disadvantage: The occupational attainments of foreign born women in Canada », *International Migration Review,* vol. 18, n° 4, hiver (1984), pp.1091-1119.

Boyd, Monica. « Gender, visible minority and immigrant earnings inequality: Reassessing an employment equity premise », dans *Deconstructing a Nation: Immigration, Multiculturalism and Racism in '90s Canada*, sous la direction de Vic Satzewich (1992), pp. 279-322, Halifax (Nouvelle-Écosse), Fernwood.

Breton, Raymond. « Institutional completeness of ethnic communities and the personal relations of immigrants », *American Journal of Sociology,* vol. 70 (1964), pp. 103-205.

Burke, Mary Anne. « Canada's immigrant children », *Canadian social Trends/Tendences sociales canadiennes*, printemps (1992), pp. 5-20, Ottawa, Statistique Canada.

Canada, Citoyenneté et Immigration. *A Profile of Immigrants in Canada*, Citoyenneté et Immigration Canada (1996).

Cheal, David, Dooley, Martin D., Kelly, Mark, Landry, Sarah, Lipman, Ellen L., McIntire, Lynn, Offord, David R., Ross, David P., Scott, Katherine et Kwok Kwan Tam. « Les enfants du Canada durant les années 90, Certains résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes », *Tendances sociales canadiennes*, n° 44, printemps (1997), pp. 2-9.

Compère, Lejacques et Jacques Duval. « Santé mentale et communautés ethnoculturelles : de la marginalisation sociale à la précarité existentielle », *Santé Mentale au Québec,* vol. 17, n° 2 (1992), pp. 285-293.

Cummins, James P. « Age on arrival and immigrant second language learning in Canada: A reassessment », *Applied Linguistics,* vol. 2 (1981), pp. 132-149.

Cummins, James P. « Psychological assessment of minority language students », dans *Multiculturalism in Canada: Social and Educational Perspectives*, sous la direction de Roland J, Samuda, John W, Berry et Michel Laferrière (1984), pp. 238-249, Toronto (Ontario), Allyn and Bacon.

Daenzer, Patricia. « *Regulating Class Privilege: Immigrant Servants in Canada, 1940s - 1990s* », Toronto (Ontario), Scholars Press (1993).

Dei, Sefa George J. « The challenges of anti-racist education in Canada », *Études ethniques du Canada,* vol. 25, n° 2 (1993), pp. 36-51.

Dillman, Erick, Pablo, Renato et Ann Wilson. « Patterns of health problems observed among newly arrived refugees to Canada », dans *Health and Cultures: Exploring the Relationships*, vol. II, sous la direction de Ralph Masi, Lynette Mensah et Keith A, McLeod (1993), pp. 253-262, Toronto (Ontario), Mosaic.

Estable, Alma. « *Les immigrantes au Canada — Faits actuels* », document de travail préparé pour le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa (1986).

Firmat, Gustavo Pérez. « *Life on the Hyphen: The Cuban-American Way* », Austin, University of Texas Press (1994).

Fong, Eric et Milena Gulia. « The Attainment of Neighborhood Qualities among British, Chinese, and Black Immigrants in Toronto and Vancouver », *Research in Community-Sociology,* vol. 6 (1996), pp. 123-145.

George, M.V., Nault, F et A. Romaniuc. « Effects of fertility and international migration on changing age composition in Canada », *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*, vol. 8, n° 1 (1991), pp. 13-24.

Hebert, Yvonne. « L'éducation interculturelle et l'enfant de langue minoritaire », *Études ethniques du Canada,* vol. 24, n° 3 (1992), pp. 58-74.

Hersak, G.A. et S. Francolini. « *L'immigration des enfants : une solution aux préoccupations démographiques* », document de travail démographique n° 3/Population Working Paper, n° de publication WH-5-110, 1987, 36 (1987) pp., Développement des politiques et des programmes Ottawa,, Emploi et Immigration Canada.

Inbar, Michael. « Immigration and learning: The vulnerable age », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie,* vol. 14, n° 2 (1977), pp. 218-234.

Jakubowski, Lisa Marie. « *Immigration and the Legalization of Racism* », Halifax (Nouvelle-Écosse), Fernwood (1977).

Johnson, Graham. « Ethnic and racial communities in Canada and problems of adaptation: Chinese Canadians in the contemporary period », *Ethnic Groups,* vol. 93, n° 3 (1992), pp. 151- 174.

Jones, Frank E. « Age at immigration and educational attainment », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie,* vol. 18, n° 3 (1981), pp. 393-405.

Jones, Frank E. « Age at immigration and education: further exploration », *International Migration Review,* vol. 21, n° 1 (1987), pp. 70-85.

Kobayashi, Audrey. « *Ethnicity, the Family and Demographic Change in Canada* », Rapport soumis à la Revue de la Démographie et sur son implication sur les changements économiques et sociaux, Ottawa, Santé et bien-être social Canada (1992).

Korac, Maja. « Representation of Mass Rape in Ethnic-Conflicts in What Was Yugoslavia », *Sociologija*, vol. 36, n° 4 (1991), pp. 495-514.

Lurien, G. « South Asians in Canada », *International Migration,* vol. 29, n° 3 (1991), pp. 421-433.

Lalonde, Richard N. et James E. Cameron. « An intergroup perspective on immigrant acculturation with a focus on collective strategies », *Journal international de psychologie,* vol. 28, n° 1 (1993), pp. 57-74.

Lambert, Wallace E. « The fate of old-country values in a new land: A cross-national study of child rearing », *Psychologie canadienne*, vol. 28, n° 1 (1987), pp. 9-20.

Li, Peter S., avec l'aide de Lori Wilkinson. « *Bibliography on Immigration: Sociological Perspective* », Préparé pour Politique, planification et recherche stratégiques et Projet Metropolis, Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada (1996).

Lynam, M. Judith. « Support networks developed by immigrant women », *Social Science & Medicine*, vol. 21, n° 3 (1987).

Masi, Ralph. « Multiculturalism in health care: Understanding and implementation », dans *Health and Cultures: Exploring the Relationships*, vol. I, sous la direction de Ralph Masi, Lynette Mensah et Keith A. McLeod, pp. 11-32 (1993), Toronto (Ontario), Mosaic.

Matsuoka, Atsuko and John Sorenson. « Ethnic identity and social service delivery: Some models examined in relation to immigrants and refugees form Ethiopia », *Revue Canadienne de Service Social,* vol. 8, n° 2 (1991), pp. 255-268.

Mensah, Lynette. « Transcultural, cross-cultural and multicultural health perspectives in focus », dans *Health and Cultures: Exploring the Relationships,* vol. I, sous la direction de Ralph Masi, Lynette Mensah et Keith A. McLeod (1993), pp. 33-41, Toronto (Ontario), Mosaic.

Miles, Robert. « *Racism* », Londres et New York, Routledge (1989).

Ng, Roxana. *The Politics of Community Services: Immigrant Women, Class and State,* 2e édition, Halifax (Nouvelle-Écosse), Fernwood (1996).

Noivo, Edite. *Ethnicity, gender and violence: inter-generational relations in immigrant families,* document de l'Association internationale de sociologie (1994).

Peake, Linda et Gerda R, Wekerle. *Women's organizations and the city: the politics of grassroots change,* document de l'Association internationale de sociologie (1994).

Ralston, Helen. *Community organization among South Asian immigrant women in Canada,* document de l'Association internationale de sociologie (1994).

Reitz, Jeffrey G. « Immigrants, their descendants, and the cohesion of Canada », in *Cultural Boundaries and the Cohesion of Canada,* sous la direction de Raymond Breton et coll., Institut de recherches en politiques publiques, (1980), pp. 329-417, Montréal (Québec).

Renaud, Jean. *New immigrants and the choice of a neighborhood,* document de l'Association internationale de sociologie (1994).

Richmond, Anthony H.et Warren, E. Kalbach. *Factors in the adjustment of immigrants and their descendants,* Étude analytique du recensement, Recensement du Canada de 1971, Ottawa, Statistique Canada (1980).

Rosenberg, M. Michael et Jack Jedwab. « Institutional completeness, ethnic organizational style and the role of the state: the Jewish, Italian and Greek communities of Montreal, » *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie,* vol. 29, n° 3, pp. 266-287.

Rumbaut, Rubén G. « The agony of exile a study of the migration and adaptation of Indochinese refugee adults and children » dans *Refugee Children: Theory, Research and Services,* sous la direction de Fredrick L. Ahearn Jr et Jean L. Athey (1991), pp. 53-91, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

San-Martin, R. Magaly. « To Bring Forth a Voice: The Latin American Women's Collective in Toronto (Toronto), » *Fireweed,* vol. 54, été (1996), pp. 8-28.

Souglobin, Sergei. « Ethnic politics in a multi-ethnic state: Canadian immigrant communities and political process, » *Migracijski-teme,* vol. 7, n° 1 (1991), pp. 47-58.

Statistique Canada. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-97,* Ottawa, ministère de l'Industrie, n° de catalogue 82-567-XPB (1998).

Stephenson, Peter H. « Vietnamese refugees in Victoria, B.C.: An overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban centre », *Social Science and Medicine,* vol. 40, n° 12 (1995), pp. 1631-1642.

Strom, Robert, Darlene Johnson, Shirley Strom et Susan Daniels. « Supporting the adjustment of immigrant families », *International Journal of Sociology of the Family,* vol. 22, n° 1 (1992), pp. 35-43.

Wen, shi Wu, Vivek, Goel et J. Ivan Williams. « Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario », *Ethnicity and Health,* vol. 1, n° 1 (1996), pp. 99-109.

Zhou, Min. « Growing up in America: the challenge confronting immigrant children and children of immigrants », à venir dans *Annual Review of Sociology (1998).*

Zhou, Min et Carl L. Bankston III. *Growing Up American: How Vietnamese Children Adapt to Life in the United States,* New York, Russell Sage Foundation (1998).